

Universidade de Ribeirão Preto
Divisão de Pós-graduação *stricto sensu*
Mestrado Profissional em Saúde e Educação

Michelle Tamburi de Souza Sadala

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE À SITUAÇÃO DE MORTE
ENCEFÁLICA E SOLICITAÇÃO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E
TECIDOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

RIBEIRÃO PRETO

2018

Michelle Tamburi de Souza Sadala

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE À SITUAÇÃO DE MORTE
ENCEFÁLICA E SOLICITAÇÃO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E
TECIDOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Dissertação apresentada à Universidade
de Ribeirão Preto como requisito para
obtenção do título de Mestre em Saúde e
Educação.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Juliana
Vendruscolo

RIBEIRÃO PRETO

2018

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

Sadala, Michelle Tamburi de Souza, 1978-

S729a A atuação do psicólogo frente à situação de morte encefálica
e solicitação de doação de órgãos e tecidos: uma revisão
integrativa da literatura / Michelle Tamburi de Souza. - - Ribeirão
Preto, 2019.

117 f.: il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Juliana Vendruscolo.

MICHELLE TAMBURI DE SOUZA SADALA

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE A SITUAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA
E OFERTA DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA.

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação.

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 26 de setembro de 2018

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dra. Juliana Vendruscolo
Presidente/UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto


Prof. Dra. Bruna Fontanelli Grigolli Persico
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto


Prof. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

RIBEIRÃO PRETO

2018

Aos **meus pais**, pelo exemplo de carinho, confiança, amizade e pelo estímulo; sobretudo pelo apoio e incentivo constantes. Vocês representam segurança, força e amor em todos os momentos de minha vida.

Aos **meus filhos Gabriel e Luis Felipe**, que tiveram que lidar com minha ausência neste período, mas mesmo assim me apoiaram e entenderam. Meu amor por vocês tem sustentado todos os meus sonhos, buscas e esperança. Amo vocês profundamente e a vocês dedico esta pesquisa.

E, por fim, às **minhas irmãs Juliana e Priscila e aos meus adorados sobrinhos Victor Hugo, Ana Julia e Maria Eduarda**, agradeço por toda paciência e por me aguentarem nessa fase, sempre me apoiando e incentivando. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por concretizar a realização de mais um sonho em minha vida, por iluminar o meu caminho e dar força e esperança para continuar, mesmo diante de tantos obstáculos enfrentados neste período.

À coordenadora do curso de Mestrado Profissional em Saúde e Educação, **Prof.^a Dr.^a Silvia Sidnéia da Silva**, e a todos os professores, agradeço a todo instante pela oportunidade que me deram de fazer parte dos alunos do Mestrado da UNAERP-RP, realizando assim um dos grandes sonhos da minha vida profissional. Estes 24 meses de convívio jamais sairão do meu pensamento, do meu coração e da minha lembrança. Conhecimento científico como o de vocês, levo de exemplo e de pretensão. Aplaudo vocês de pé, como meu eterno agradecimento!

À orientadora, **Prof.^a Dr.^a Juliana Vendruscolo**, pela sua extrema competência profissional, sua generosidade pessoal e, principalmente, pelo seu afeto, carinho, amizade e toda liberdade que me concedeu para caminhar neste trabalho, tornando esta jornada extremamente agradável e rica em todos os aspectos. Além de toda confiança e esperança que demonstrou ter em mim, conduzindo-me em busca de novos saberes, compartilhando comigo deste crescimento pessoal e profissional.

À **equipe da OPO** pelo incentivo dispensado a mim, com consciência crítica e disposição para crescermos como equipe. Agradeço por terem me apoiado na realização desta pesquisa e pela disponibilidade sempre que necessário.

Aos meus colegas do Mestrado, **Fernando e Maria Teresa**, pelas trocas, companheirismo, risadas, apoio, que se tornaram fundamentais para mim.

RESUMO

SADALA, M. T. S. **A atuação do psicólogo frente à situação de morte encefálica e solicitação de doação de órgãos e tecidos**: uma revisão integrativa da literatura. 2018. 117 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação) – Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2018.

O profissional de psicologia trabalha diretamente nos processos de mortes e perdas, sendo estes parte da realidade humana de difícil compreensão. A concepção de morte, ao longo dos anos, vem sofrendo muitas mudanças e, frente ao conceito de Morte Encefálica (ME), há uma necessidade evidente de seguir protocolos que respondam biológica, ética e legalmente à atuação dos profissionais envolvidos no processo. Por isso, atualmente, a ME é confirmada por dois exames clínicos e um exame complementar, seguindo a Lei nº 9434 de 1997 e a recente Resolução nº 2173/17. Nesse sentido, este estudo teve por objetivo descrever a atuação do psicólogo em situações de ME e solicitação de doação de órgãos e tecidos, bem como busca compreender o sentido dessa participação para as equipes e familiares envolvidos. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que buscou detalhar os aspectos ligados à temática envolvendo a psicologia, ME e solicitação de doação de órgãos e tecidos, para um melhor conhecimento do que tem sido produzido sobre o assunto. A compreensão dos dados foi pautada nas seguintes questões norteadoras: quais as atividades desempenhadas pelo psicólogo em situação de ME e solicitação de doação de órgãos e tecidos?; qual a função desse profissional na equipe?; o que tem sido publicado a este respeito em bases indexadas de literatura científica? Os resultados foram obtidos pelo cruzamento dos descritores selecionados, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, durante o ano de 2008 a 2018, resultando em 4 artigos. A discussão trouxe a importância do psicólogo na situação de solicitação de doação de órgãos e tecidos, identificando escassez de produção científica sobre a atuação do psicólogo nesse cenário.

Palavras-chave: Doação de órgãos e tecidos. Morte encefálica. Psicologia da saúde. Atuação. UTI.

ABSTRACT

SADALA, M. T. S. **The role of the psychologist in the situation of brain death and organ donation**: an integrative review. 2018.117 f. Dissertation (Master in health and education) – University of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2018.

The psychology professional works directly in the processes of deaths and losses, which is part of the human reality that is difficult to understand. The concept of death has undergone many changes over the years and, in the face of the concept of Encephalic Death (ED), there is an obvious need to follow protocols that respond biologically, ethically and legally to the professionals involved in the process. Therefore, currently, the ED is confirmed by two clinical exams and a complementary examination, following Brazilian Law n° 9434/1997 and the recent Resolution n° 2173/2017. In this sense, this study had the objective of describing the psychologist's performance in ED situations and requesting donation of organs and tissues, as well as seeking to understand the meaning of this participation for the teams and families involved. It is an integrative review of the literature that sought to detail the aspects related to the subject involving psychology, ED and request for organ and tissue donation, for a better knowledge of what has been produced on the subject. The understanding of the data was based on the following guiding questions: what are the activities performed by the psychologist in the situation of ED and request for donation of organs and tissues?; what is the role of this professional in the hospital team?; what has been published in this respect on indexed bases of scientific literature? The results were obtained by crossing the selected descriptors, applying inclusion and exclusion criteria, during the year 2008 to 2018, resulting in 4 articles. The discussion brought the importance of the psychologist in the situation of requesting donation of organs and tissues, identifying a shortage of scientific production on the psychologist's performance in this scenario.

Keywords: Donation of organs and tissues. Brain death. Health psychology. Performance. ICU.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Pré-requisitos para início do protocolo.	34
Figura 2 – Bases clínicas da ME.	35
Figura 3 – Órgãos e tecidos que podem ser doados.....	39
Figura 4 – Esquema de autorização familiar para doação de órgãos e tecidos.	46
Figura 5 – Seleção dos artigos nas bases de dados: Lilacs, Medline, Scielo, Pepsic. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Termos múltiplos e combinados utilizados no estudo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2018.	70
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios antigos e novos para ME.....	33
Quadro 2 – Critérios gerais de exclusão para doação de órgãos e tecidos.....	41
Quadro 3 – Informações extraídas dos estudos selecionados. Ribeirão Preto, SP, 2018.	72
Quadro 4 – Artigos identificados em revisão bibliográfica do estudo “A atuação do psicólogo frente a situação de ME e solicitação de doação de órgãos e tecidos: uma revisão integrativa da literatura”, Ribeirão Preto, SP, 2018	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
ANA	<i>American Neurological Association</i>
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNCDOs	Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CTI	Centro de Terapia Intensiva
EEG	Eletroencefalograma
HCFM-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HCSP	Hospital das Clínicas de São Paulo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
ME	Morte Encefálica
Medline	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System on line</i>
OPO	Organização de Procura de Órgãos
PB	Psicoterapia Breve
Pepsic	Periódicos Eletrônicos em Psicologia
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UNIP	Universidade Paulista
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APROXIMAÇÃO AO TEMA.....	14
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 JUSTIFICATIVA	20
1.2 OBJETIVOS	20
1.2.1 Geral.....	21
1.2.2 Específicos	21
2 REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1 VISÃO HISTÓRICA DA MORTE	22
2.2 CONCEITO DE MORTE	24
2.3 CONCEITO E DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA.....	28
2.3.1 Fundamentos Legais da Morte Encefálica.....	32
2.3.2 Determinação da Morte Encefálica.....	33
2.4 HISTÓRICO DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS	35
2.5 DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	41
2.5.1 Doação de Órgãos e Tecidos no Brasil	43
2.5.2 O Processo de Doação de Órgãos e Tecidos e a OPO.....	46
2.6 A PSICOLOGIA HOSPITALAR NO BRASIL: CONTEXTO HISTÓRICO	49
2.6.1 O Papel do Psicólogo Hospitalar Mediante às Situações de Crise.....	54
2.7 O PSICÓLOGO E A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	56
2.7.1 O Psicólogo Frente à Notícia de ME e Doação de Órgãos e Tecidos	59
2.7.2 Manifestações Psicológicas nos Familiares de Paciente em Morte Encefálica e Doação de Órgãos e Tecidos	61
2.8 BIOÉTICA	64
2.8.1 Bioética, Medicina e Transplante	65
3 PERCURSO METODOLÓGICO	68
3.1 TIPO DO ESTUDO	68
3.2 REVISÃO INTEGRATIVA	69
3.2.1 – Etapas da Revisão Integrativa	69
4 RESULTADOS.....	74
5 DISCUSSÃO	77
5.1 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE À SITUAÇÃO DE ME E OFERTA DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS.....	77

5.2 DEMONSTRAR A FUNÇÃO DO PROFISSIONAL PSICÓLOGO NA EQUIPE	79
5.3 PUBLICAÇÕES REALIZADAS EM BASES DE DADOS INDEXADAS SOBRE ESSA TEMÁTICA	81
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS.....	85
ANEXOS	97

APROXIMAÇÃO AO TEMA

A escolha do tema voltado para a Morte Encefálica (ME), Doação de Órgãos e Tecidos e a Organização de Procura de Órgãos (OPO) relaciona-se com vários anos de trabalho em hospitais, em especial nos setores fechados (Centro de Terapia Intensiva - CTI, Unidade de Terapia Intensiva - UTI, entre outros), e com diversas indagações que permearam meu caminho, mesmo antes de optar pela área da saúde. Trata-se de um processo contínuo, relacionado ao meu modo de atribuir sentido ao mundo, bem como às situações que me realizam.

Tudo se iniciou em 1997, quando comecei meu curso de graduação em Psicologia com o objetivo de me dedicar ao cuidado às pessoas. Na época pensava em exercer a psicologia clínica, ainda não tinha o conhecimento de todos os campos de atuação profissional e, até então, não havia cogitado a hipótese de Psicologia da Saúde e Hospitalar.

No decorrer da graduação, apaixonei-me pela Saúde Mental, especificamente pelo trabalho em Hospital Psiquiátrico, onde desejava refletir sobre uma vida mais justa, decente e com liberdade de escolha, além da questão da família e do estigma, que acabava atuando como uma das formas de segregação.

Sempre refletindo a respeito, com dificuldades, incertezas e um vazio, sentia que faltava algo para me completar profissionalmente. Continuava buscando outro espaço de atuação. Foi quando me deparei com a Psicologia da Saúde e Hospitalar e vi que, de alguma forma, as duas áreas estavam interligadas. Mas, nesse segundo caso, estaria atuando em hospitais, ajudando e minimizando angústias, sofrimentos gerados pela hospitalização, impactos de diagnósticos, morte, entre outros.

Durante os dois últimos anos de graduação, aproximei-me mais da área de Psicologia da Saúde e Hospitalar e, durante as aulas teóricas e estágios, percebi o meu desejo e a necessidade de ter o psicólogo como parte da equipe nos hospitais.

Surgiram então a oportunidade e a necessidade de me aprofundar mais na área, assim, fui para São Paulo aperfeiçoar-me e, depois, especializar-me. Ao fim da especialização, fiz um projeto de Implantação do Serviço de Psicologia Hospitalar e Humanização na Santa Casa de Ribeirão Preto/SP que foi aprovado pela Instituição e, portanto, comecei a trabalhar na área. Foi assim, com muita vontade de ajudar a pessoa em situação de adoecimento físico, dar suporte emocional no momento de fragilidade orgânica, que me lancei na trajetória da Psicologia da Saúde e Hospitalar.

Esse foi meu primeiro emprego na área (onde permaneci por vários anos). Nessa época também ministrava Cursos Introdutórios em Psicologia Hospitalar, além de participar, como supervisora institucional, do estágio de Psicologia Hospitalar na Universidade Paulista (UNIP) realizado na Santa Casa de Ribeirão Preto/SP. Nesse contexto, estava constantemente estudando, ensinando e discutindo sobre a teoria e a prática da Psicologia Hospitalar. Despertou em mim a vocação para o ensino, traduzida pelo bem-estar que eu sentia quando via os frutos desse aprendizado em meu cotidiano profissional.

Atuando diariamente, implanto novos projetos, vivencio a rotina hospitalar e, assim, comecei a me interessar pela questão da Morte Encefálica e da Doação de Órgãos, uma vez que observei o escasso conhecimento das pessoas frente à ME e, conseqüentemente, a negação à Doação de Órgãos, na maioria das vezes. Percebia a urgência de estruturar a equipe de saúde da UTI, a fim de acolher de modo mais estruturado os familiares de pacientes em processo de verificação de ME. Também via a necessidade de trabalhar com a equipe aspectos como a responsabilidade da comunicação adequada de más notícias e a importância do vínculo médico/paciente/família para que se obtenha uma boa escuta frente à informação que está sendo transmitida. Seriam maneiras de os familiares estarem mais informados sobre o assunto referente à ME, sobre a doação propriamente dita e como funciona todo processo e, assim, poderíamos aumentar as chances de aceitação de doação.

Em minha caminhada profissional, vivenciei diferentes experiências que influenciaram a maneira como conduzi minhas ações e atuações. Com certeza foi uma época de muita realização profissional e entusiasmo pela área escolhida. Todavia, por questões maiores, optei por trabalhar apenas com consultório voltado para área da saúde e cuidar dos meus filhos que, na época, estavam por vir.

Frente a essa trajetória, venho aprendendo a conviver com o sofrimento humano, com a morte, a zelar para que ela ocorra de maneira digna, com a questão da ME, com a dúvida dos familiares sobre aceitarem ou não a doação. A sensibilidade aflorava-me na pele e os sentimentos de impotência contagiavam meus pensamentos, uma vez que, dentro do consultório, não poderia fazer o melhor no momento de certos acontecimentos.

Refletindo hoje sobre essas vivências, percebo que fui fortemente influenciada por esse modelo de cuidar, pela minha Professora Doutora Juliana Vendruscolo, que atua fortemente em grupos de pesquisa no campo da fenomenologia e foi meu

exemplo e inspiração nessa área. Também acredito que esse modelo de cuidar já está enraizado em meu modo de ser.

Por isso, em 2016, submeti-me à seleção do Mestrado Profissional na Área da Saúde e Educação pela Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP, em busca de novos horizontes que me auxiliassem a compreender melhor meu objeto de trabalho. A opção de estudar a possível participação da Psicologia no campo de trabalho relacionado à morte encefálica e doação de órgãos deu-se por ser um processo reflexivo, de poucos estudos científicos realizados.

Dessa forma, pretendo compreender como ocorre a atuação do psicólogo no momento da comunicação de ME e, posteriormente, na oferta de doação de órgãos e tecidos. Tal participação está relacionada com o contato com os familiares que, frente à notícia de ME, precisam decidir com urgência sobre a possível doação, e com a interação com a própria equipe da OPO, que também vivencia um momento delicado nessa situação.

1 INTRODUÇÃO

A Psicologia, nos dias atuais, trabalha diretamente nos processos de mortes e perdas, realidades humanas de difícil compreensão, intransponíveis e universais. Processos ligados com o existir, relacionam-se diretamente com o desenvolvimento humano.

Viver as perdas e o morrer causa muita dor, por isso esses sentimentos e a morte transformaram-se em tabus no nosso dia a dia, mas, por outro lado, colocam-nos em conflito com nossa finitude. De acordo com Kübler-Ross (2002), refletir sobre a finitude é primordial, reconhecê-la nos fortalece, humaniza o nosso ser e nos faz crescer.

A morte é uma das questões imaginárias relacionadas à doação, pois a pessoa morre, mas seus órgãos ainda estão “vivos”, deixando no imaginário dos familiares uma impressão como se o seu parente estivesse vivo. Quando se pensa na morte e no morrer, atribui-se a ela um significado de finitude associado à transitoriedade da matéria, relacionado aos sentimentos de perda, angústia e tristeza. Para os familiares, o corpo morto representa a imagem e a memória da pessoa falecida. Embora, as manifestações culturais em relação ao corpo morto sejam diferentes entre os povos, o respeito ao corpo da pessoa morta está presente em todas as crenças religiosas. A sua mutilação é, culturalmente, inaceitável (LAMB, 2000).

O conceito de morte, no decorrer do tempo, vem sofrendo muitas mudanças. Os avanços na medicina acabaram tornando desatualizada a definição tradicional de morte clínica. Existe muita dificuldade em atendimentos aos pacientes críticos, nos setores fechados, e isso leva a uma necessidade maior de uma definição do diagnóstico de ME, com a finalidade de estabelecer o prognóstico para o doente (ALVES, 2015).

A tecnologia moderna que acaba prolongando a vida dos pacientes, por meio de técnicas artificiais, torna imperativo que se defina adequadamente a morte clínica. Pois as novas medidas de reanimação cardíacas e de suporte à vida acabam confundindo quanto à pessoa estar morta ou não.

Hoje, a ME é definida como cessação irreversível das funções cerebrais incluindo tronco encefálico e, no Brasil, essa condição representa a morte da pessoa. As principais causas de morte encefálica incluem: acidente vascular encefálico,

trauma cranioencefálico, tumor de sistema nervoso central, encefalopatia anóxica (SARDINHA, 1997).

Atualmente, a ME é confirmada por dois exames clínicos e um exame complementar, seguindo a determinação da Lei nº 9.434 de 1997, alterada pela Lei nº 10.211 de 2001 (BRASIL, 1997, 2001). Quando o diagnóstico de ME é confirmado, é necessário comunicar a má notícia aos familiares do possível doador falecido, explicar todo procedimento realizado em caso de ME, além de possibilitar aos familiares tempo (rápido) para assimilar as ideias da morte e da doação.

Porém, recentemente, a Resolução nº 2.173/17 substituiu a de nº 1.480/97 e atendeu o que determinam a Lei nº 9.434/97 e o Decreto Presidencial nº 9.175/17, regulamentadores do transplante de órgãos no Brasil.

Pelos critérios anteriores, a ME deveria ser diagnosticada por dois médicos, sendo que um seria, obrigatoriamente, neurologista, mas o outro não precisava ter habilitação específica. Atualmente, pela Resolução nº 2.173/17, ambos os médicos devem ser especificamente qualificados, sendo que um deles deve, obrigatoriamente, possuir uma das seguintes especialidades: medicina intensiva adulta ou pediátrica, neurologia adulta ou pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), 2017).

Será considerado especificamente qualificado, o médico que tenha no mínimo um ano de experiência no atendimento a pacientes em coma, tenha acompanhado ou realizado pelo menos 10 determinações de morte encefálica ou tenha realizado curso de capacitação. Os dos dois médicos citados não devem fazer parte da equipe de transplantes. As regras para esses cursos estão previstas em anexo da Resolução nº 2.173/17 (CFM, 2017).

As questões recorrentes na literatura (BOUSSO, 2008; ROZA, 2005; SADALA, 2001; SANTOS; MASSAROLLO, 2005; SARDINHA, 1997) sobre doação de órgãos são: a negativa da família em consentir com a doação de órgão – citada como o principal entrave na efetivação do transplante; o comportamento dos familiares em relação à doação – condicionado a questões culturais e psicológicas; a tendência de familiares a consentirem com a doação quando bem orientados a respeito do conceito de ME e da finalidade humanística de doar; as habilidades comunicativas dos profissionais da saúde ao se relacionarem com familiares de doadores – o sucesso na captação de órgãos depende dessas habilidades.

O processo de doação e transplante de órgãos e tecidos está permeado por questões que envolvem a moral humana, por isso a necessidade de buscar maior conhecimento sobre o mesmo. Muitas vezes, há uma intenção em doar por parte das pessoas em geral, mas o desconhecimento das resoluções existentes na legislação, e demais aspectos que envolvam esse tema, prevalece por ocasião da tomada de decisão por não doar, devido a falta de conhecimento e fantasias existentes sobre o processo.

Percebe-se que o transplante de órgãos ainda é um estudo recente e apresenta dificuldades frente ao processo de doação. Devido à complexidade do tema, e aos grandes avanços tecnológicos aplicados na assistência à saúde, o assunto em estudo é um desafio para os profissionais de saúde, embora não seja um problema específico dessa área.

No Brasil são poucos os trabalhos de pesquisa a respeito de famílias de doadores de órgãos. Nesses estudos, a família emerge como um elemento central de todo o processo. Ela é vista tanto como principal entrave, quanto como a vítima à/da efetivação de transplantes, crescendo-se a dor da perda brusca e traumática e o grande estresse que representa a decisão de doar (SADALA, 2004).

O consentimento familiar para a doação, em um momento tão delicado, sofre a influência de vários fatores. A confiança estabelecida entre família e equipe de saúde que assistiu o doador fortalece a possibilidade de doação, assim como a segurança de que o doador foi assistido de forma adequada em uma estrutura hospitalar igualmente correta (BOUSSO, 2008).

Familiares de doadores apresentam uma compreensão errada sobre a definição precisa de ME. Dúvidas decorrentes desse acontecimento podem surgir antes, durante e após a doação de órgãos, como um medo de doar os órgãos da pessoa viva ou sentir-se responsável por autorizar o desligamento dos aparelhos (BOUSSO, 2008; SADALA, 2004).

O estudo da morte possibilita a compreensão das relações que o ser humano estabelece com esse fenômeno, e também revela muito sobre nós mesmos e sobre a sociedade em que vivemos. Nesta pesquisa, a morte é um tema recorrente, já que seu diagnóstico é pré-requisito para o diagnóstico de ME e solicitação de doação de órgãos e tecidos. A ideia de doação surgiu influenciada pela noção de morte.

Neste estudo, considerou-se a captação de órgãos de paciente em ME e não coube sublinhar a doação entre vivos. Portanto, a inquietação que norteou este

trabalho relaciona-se às seguintes interrogações: quais as atividades desempenhadas pelo psicólogo frente a notícia de ME e doação de órgãos e tecidos?; qual a função desse profissional na equipe?; o que tem sido publicado a esse respeito em bases indexadas de literatura científica?

É importante compreender o significado do processo de doação de órgãos e tecidos para os profissionais de saúde, observar em que lugar o psicólogo se insere em uma situação de ME e como pode auxiliar os envolvidos nesse processo. Pretende-se responder as questões norteadoras, trazendo os principais aspectos encontrados que se inserem na ME e doação ou recusa da mesma.

Na tentativa responder a indagação final, elegeu-se a metodologia de revisão bibliográfica, de base qualitativa, natureza descritiva e do tipo revisão integrativa da literatura, com vistas a melhor compreender o tema e entrar em contato com pesquisas já realizadas. Minayo (1994) afirma que a pesquisa qualitativa centra-se na forma como as pessoas interpretam, dão significados às situações, sempre no sentido de buscar o entendimento da dinâmica interna do processo. Não há a medição numérica nem estatística, assim, aprofunda-se nas ações e relações humanas.

Frente ao apresentado, a revisão integrativa é um método que vem sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema específico, de forma sistemática, coordenada e abrangente (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

É um método voltado ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e evidência, podendo ser utilizado com diferentes finalidades, desde definição de conceitos, revisão teórica ou análise metodológica (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

1.1 JUSTIFICATIVA

O psicólogo, como um profissional de saúde, tem sido desafiado pela busca de conhecimento científico baseado em evidências, a fim de oferecer uma melhor conduta aos seus pacientes. Assim, buscou-se com esta pesquisa contribuir com a necessidade de o psicólogo consumir e produzir conhecimento específico inerente à natureza do seu trabalho em diferentes contextos profissionais.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Frente ao exposto, o objetivo deste estudo foi investigar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, quais as funções e as atividades desempenhadas pelo psicólogo em situações de ME e solicitação de doação de órgãos e tecidos.

1.2.2 Específicos

- a) Descrever como poderia ser a interação do psicólogo com a equipe da OPO;
- b) Descrever como se dá a interação dos familiares com o psicólogo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 VISÃO HISTÓRICA DA MORTE

O sujeito é influenciado em seu modo de pensar e agir de acordo com a época em que se encontra, portanto, o sentido da morte, conforme esse pensamento, não é universal. A morte, além de ser um fenômeno biológico natural, contém um aspecto simbólico, a sua visão de significados é composta por diversos fatores: cultural, histórico, ético, religioso e psicológico.

Morin (1970) refere que a consciência da morte não é algo inato, é um conhecimento aprendido pelo indivíduo. Sendo o saber da morte externo, produto de uma consciência que capta o real, o homem é surpreendido pela morte.

A morte e o processo de morrer sofreram mudanças importantes, até chegarem à representação atual. Ariès (2003), por meio de seus textos sobre os séculos XV a XX, descreve toda evolução ocorrida para a compreensão da morte e do morrer.

Na primeira fase da Idade Média, a morte era evidenciada por dois momentos conhecidos como “a morte domada” e “a morte de si mesmo”. O homem sabia que ia morrer pela presença de avisos, sonhos, convicções íntimas, sendo a morte esperada no leito, com a presença de familiares e amigos, em uma cerimônia realizada publicamente e organizada sem caráter dramático (ARIÈS, 1989).

Já na segunda fase da Idade Média e início do Renascimento, o homem preocupava-se em participar da sua própria morte, pois acreditava que só era dono de sua vida se fosse dono de sua morte. O moribundo (como era chamada a pessoa em seu leito de morte) ficava em seu quarto, cercado dos familiares que pediam pelas faltas cometidas em vida. Os corpos eram confiados à Igreja e os cemitérios ficavam nos centros das cidades, demonstrando que as pessoas estavam familiarizadas com os mortos (ARIÈS, 1989).

A época entre os séculos XVII e XVIII foi marcada pelo medo do juízo final, o qual era individual e particular, trazendo insegurança, medo e frustração, trazendo uma confusão entre vida e morte. Surgiram vários *ritus* para atrasar os enterros, como velórios de 48 horas e a retomada das inscrições funerárias, a fim de guardar a memória do morto (ARIÈS, 1989; KOVACS, 1992).

No século XIX, a morte passa a ser vista como bela, romântica, repouso e eternidade. Nesse período, passa a ser desejada por permitir o reencontro de pessoas

que se amavam e por uma crença de vida futura. Começa a existir um exagero do luto, os critérios saem da Igreja, as pessoas passam a visitar os cemitérios e, nesse século, surge também o Espiritismo, que traz consigo a esperança em uma vida pós-morte (ARIÈS, 1989; KOVACS, 1992).

Já o século XX foi marcado pela morte interdita, que se esconde, passando a ser um tabu. Não é mais pertencente à pessoa e não deve ser percebida. O luto passa a ser proibido, assim como chorar pelos que se vão. A vida passa a depender da vontade do médico, dos equipamentos hospitalares, do dinheiro ou do Estado.

A mudança da morte em casa para os hospitais gera um afastamento da família, por conta do espaço físico hospitalar ser considerado um lugar de silêncio, onde não se pode atrapalhar o trabalho dos médicos e isso acarreta a negação da morte e da doença (KOVACS, 1992).

Boemer (1998) relata que a morte pode surgir como algo decorrente da falha de atendimento, comunicação e prestação de assistência, a sua possibilidade é percebida, mas não de uma forma concreta, e sim como uma eventualidade.

Ainda no século XX, havia a crença de que a ciência podia tudo, a modernidade trouxe uma confiança exacerbada, sendo a morte vista como um erro. Acredita-se que essa postura de negação estaria relacionada ao “*American Way of Life*”, disseminado no início desse século. Esse ideal de vida tem a felicidade e a obrigação social de contribuir para o bem coletivo como centrais. Demonstrar tristeza era pecar contra a felicidade, o luto torna-se um estado mórbido que é preciso tratar e eliminar (ARIÈS, 1989).

Kübler-Ross (2002) comenta que morrer torna-se solitário e impessoal porque o paciente está sozinho, dentro do hospital, onde há a possibilidade de prolongamento da vida, esperança de cura e de manter seus planos, pois a ciência médica possui um grande papel na cura do corpo humano.

Ainda de acordo com Kübler-Ross (2002), o conhecimento da ciência e do homem proporcionou melhores meios de o indivíduo e de sua família prepararem-se para o acontecimento inevitável da morte. Mas com a experiência no hospital, aconteceu o contrário, a medicina acaba tendo a morte como inimiga, não a aceitando, como se todos tivessem que viver para sempre.

Pitta (1994) descreve que o homem moderno, pelo horror de adoecer e de sua própria morte, necessita do saber e da técnica como refúgios contra seu medo. A

atitude atual dos homens diante da dor, sofrimento e morte, é a de negar o fim da vida, prolongando-a até não poder mais.

O homem atual recusa-se a se relacionar com sua própria morte e o receio é tão grande que os velórios não acontecem mais em casa de família, passam a ser realizados nos salões dentro do próprio cemitério, de forma rápida, o corpo é enterrado em uma cerimônia simples, como se fosse fazer desaparecer qualquer lembrança do morto (MARANHÃO, 1998).

Não existe mais a despedida, a morte e o luto não são vivenciados, não há espaço para o sofrimento. A morte sofreu um deslocamento no decorrer do tempo e nas últimas décadas, foi se tornando um tema proibido, vergonhoso e carregado de culpa (WENTH, 2008).

As pessoas querem uma morte rápida, sem tempo para reflexões e despedidas, na medida em que é vista com um sentido negativo e de derrota (KOVACS, 1992).

A aceitação ou negação da morte se dá de acordo com a etapa de vida em que ocorre. Quando se é velho é natural morrer, mas jovem não, uma vez que tem a vida toda pela frente. Quando se aceita esse fato, pode-se trazer o paciente de volta a sua totalidade (KOVACS, 1992).

Maranhão (1998) fala que para o homem estar completo precisa aceitar sua finitude, pois o homem é o único ser consciente de sua mortalidade e finitude. A sociedade ocidental, com toda sua tecnologia, está tornando o homem inconsciente e privado de sua própria morte. De acordo com Kovacs (1992), o homem carrega dentro de si o desejo da imortalidade, para assim melhor viver.

Segundo Bittencourt (2007), a tomada de consciência da morte e da finitude do ser humano constitui-se em um problema e aflora a realidade de não sabermos, não entendermos, e é angustiante admitir o não saber.

2.2 CONCEITO DE MORTE

Até hoje, a morte não conseguiu ser definida plenamente por se tratar de um fenômeno complexo. Santos (2007), ao conceituar a morte, traz que existem algumas dificuldades dadas pelos seguintes fatores: pelo conceito ser relativo, complexo, obscuro, ambíguo, ter influência social, cultural e comportamental.

O modelo de ciência teve início no século XVII com Descartes, um filósofo que visualizou um método de ciência com princípios fundamentais, baseado na estrutura matemática e entendendo a natureza como uma máquina perfeita (CAPRA, 1982).

O aspecto fundamental de seu método é a dúvida metódica, a qual tudo deve se submeter, com a exceção do pensamento. Então “penso, logo existo”, e com isso Descartes desenvolve o método analítico, que consiste em decompor o objeto de estudo em partes (CAPRA, 1982).

Essa fragmentação atingiu o corpo humano, pois, antes de Descartes, a medicina preocupava-se com a interação entre corpo e alma, tratando as pessoas no contexto social e espiritual. Com a divisão de corpo e mente, os médicos passaram a se concentrar no corpo. E, mesmo com os avanços científicos, esse modelo ainda prevalece, continua o modelo clínico-biologista em que a doença é caracterizada pelo biológico, denominado como modelo biomédico (CAPRA, 1982). A explicação da ciência para a morte está caracterizada no modelo biomédico, no qual ela consiste na paralisação total da máquina do corpo (CAPRA, 1982).

Percebe-se que o avanço tecnológico criou uma situação desconfortável na sociedade humana, pois, apesar de uma pessoa apresentar batimento cardíaco e reflexos medulares, pode ocorrer a morte cerebral e, assim, a pessoa é considerada morta.

Morrer causa temor, pois o que está por vir é desconhecido. Mas no que consiste esse momento? O que vem de imediato no pensamento é a morte clínica, mas há diferentes conceitos de morte:

- a) morte clínica: caracterizada por parada cardíaca (com ausência de pulso), respiratória e midríase parálitica (que surge cerca de 30 segundos após a suspensão dos batimentos cardíacos), podendo ser reversível, desde que sejam implementadas adequadas medidas de reanimação (GONÇALVES, 2007);
- b) morte biológica: que surge como uma “progressão” da morte clínica, diferindo dessa por seu caráter irreversível (por exemplo, manobras adequadas de ressuscitação não regridem a midríase); caracteriza-se por “destruição” celular em todo o organismo, o que habitualmente se desenrola ao longo de 24 horas (algumas células demoram esse período para fenecer), nesse caso, pode-se dizer que um evento essencial na morte celular é a ativação da enzima catepsina – a qual permanece

“inerte” durante a vida – que, por sua característica proteolítica, é capaz de promover autólise da célula, mais recentemente, a lesão encefálica irreversível vem sendo considerada morte biológica (ver morte encefálica adiante) (GONÇALVES, 2007);

- c) morte óbvia: o diagnóstico é inequívoco como o evidente estado de decomposição corpórea, decapitação, esfacelamento ou carbonização craniana, se há sinais como *rigor mortis* (ou rigidez cadavérica), sinal reconhecível de morte que é causado por uma mudança bioquímica nos músculos, causando um endurecimento dos músculos do cadáver e impossibilidade de mexê-los ou manipulá-los. O tempo de início e duração depende da temperatura e umidade do ambiente e do corpo. Em média começa após 4-8 horas, é máxima em 12-18 h. e terminando após 24-36 h.); o que acontece então é que o corpo morto adquire uma tonalidade descolorada em algumas áreas, dentre outros sinais (VERSPIEREN, 1998);
- d) morte encefálica: que é compreendida como um sinônimo para a morte biológica, de acordo com a Resolução nº 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 1997), sendo caracterizada por uma série de parâmetros que atestam a lesão encefálica irreversível – situação em que todos os comandos da vida se interrompem, tornando impossível a manutenção da homeostasia corpórea (GLEZER, 2004; SOUZA, 2007) – desde que sejam excluídos o uso de depressores do sistema nervoso central, os distúrbios metabólicos e a hipotermia, os quais podem simular tais parâmetros;
- e) morte cerebral: que não deve ser confundida com a morte encefálica, uma vez que pode ser feita a distinção entre ambas pela análise da respiração: essa função tem um “componente” voluntário e um involuntário, esse último “comandando” o processo, por exemplo, durante o sono; nos casos de morte cerebral perde-se a consciência da respiração, a qual permanece funcionando de forma “automática”; se há morte encefálica o centro respiratório se torna danificado de forma irreversível, com a “vida” podendo ser mantida apenas com o emprego de instrumental tecnocientífico (GLEZER, 2004);

- f) morte jurídica: estipulando-se, no artigo 10 do Código Civil, que a morte termina a existência da pessoa natural; entretanto, a lei não estabelece o conceito de vida e de morte – apenas se ocupando do seu momento – cabendo à medicina, em especial à medicina legal, estabelecer os critérios válidos (GOGLIANO, 2009);
- g) morte psíquica: na qual a percepção psicológica da morte antecede, em um tempo variável, a morte biológica; aqui o enfermo toma consciência do escoamento progressivo e inexorável de sua vida, habitualmente após receber a notícia de ser portador de uma enfermidade incurável – por exemplo, um câncer disseminado (KASTENBAUM, 1986); nesse caso, a maior dificuldade do conceito de morte psíquica é a identidade estabelecida entre a morte e o processo de morrer.

Diante desses vários conceitos de morte, percebe-se que há também a questão com o médico que irá vivenciar a morte do outro, cabendo-lhe a decisão de como conduzir. Existe uma discussão importante acerca do conceito de morte no início do século XX, que era apenas caracterizada como uma morte clínica (fim dos batimentos cardíacos), enquanto atualmente a irreversibilidade de uma parada cardíaca ou ME podem ser considerados conceitos de óbito (LESSA, 1995).

Porém o próprio conceito ME está sujeito a controvérsias em alguns aspectos, ainda mais considerando um adendo do CFM, no intuito de estender a aplicabilidade do conceito de ME não apenas para o transplante e, sim, abrindo mão de suspender a terapêutica nesses casos. Os critérios para verificação de ME não se aplicam apenas às situações de transplantes de órgãos. Os médicos devem comunicar aos familiares a ocorrência e o significado da ME antes da suspensão da terapêutica (CFM, 1998). Isso a fim de minimizar os riscos reais ou não referentes à possibilidade de comércio de órgãos para transplante (FERREIRA, 1997).

Percebe-se, então, que não é a morte que realmente importa, mas sim o seu processo, a certeza de que a vida está em um caminho sem volta.

2.3 CONCEITO E DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA

Sendo a morte um processo lento e gradual, a morte clínica (paralisação da função cardíaca e respiratória) diferencia-se da morte biológica (destruição celular) e da morte inicialmente conhecida como cerebral, que atualmente é caracterizada como encefálica, por resultar na paralisação das funções cerebrais.

O termo 'morte cerebral' não deve ser mais utilizado, uma vez que o cérebro compreende o telencéfalo e o diencefalo, não englobando o tronco encefálico. E o diagnóstico da ME demonstra que o tronco encefálico está comprometido por total (GLEZER, 2004).

Pereira (2004) afirma que a condição clínica atualmente definida como ME, foi descrita por Mollaret e Goulon em 1959, sendo classificada como *coma depasée*, o que foi traduzido como 'estado além do coma', tal conceito surgiu após a fabricação dos respiradores artificiais.

Portanto, pacientes com lesões extensas do Sistema Nervoso Central, mesmo evoluindo para a apneia, começam a ser mantidos com o coração pulsando por meio de suporte ventilatório e medicamentos. Assim, o conceito foi denominado de 'coma irreversível' passando a ter um significado informal de morte do indivíduo (HARVARD, 1968).

A irreversibilidade é estabelecida pelo diagnóstico da causa do coma, irrecuperável e suficiente para justificar a disfunção, e pela observação por período apropriado ou tentativa de tratamento. Seis horas é o tempo de observação suficiente para os casos sem intoxicação, hipotermia ou choque, não se tratando de criança e confirmado por eletroencefalograma (EEG) (AGNOLO, 2010).

No Brasil, a ME é definida como a constatação irreversível da lesão nervosa central e significa morte, seja clínica, legal e ou social. É fundamental que esse diagnóstico possa ser reproduzido de forma idêntica em vários pacientes por diferentes médicos e que tenha 100% de especificidade (MORATO, 2009).

O critério de ME surgiu quase paralelamente às mudanças tecnológicas na década de 1950, as quais ocorreram, principalmente, em relação ao suporte de vida (como as técnicas de ressuscitação cardíaca e respiração com ventiladores mecânicos). No intuito de esclarecer e definir a ME, um comitê criado em 1967 e composto por 10 clínicos, um historiador, um teólogo, um advogado e presidido pelo professor de Harvard, Henry Becher, produziu o relatório que é considerado a origem

dos critérios para o diagnóstico de ME, mesmo não se constituindo como o primeiro, mas como o mais conhecido (SANTOS et al., 2012).

O conceito de ME foi devidamente legalizado por meio do *Uniform Determination of Death (NATIONAL CONFERENCE OF COMMISSIONERS ON UNIFORM STATE LAWS, 1981)*, o qual define que o indivíduo que apresentar cessação irreversível das funções cardiovasculares ou encefálicas será considerado morto. Essa definição conceitual de morte foi endossada pela *American Medical Association*, pela *National Conference for Commissioners on Uniform State Laws* e pela *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and behavioral Research* (SANTOS et al., 2012).

A ME é uma situação que ocorre em pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e o médico intensivista é o primeiro a levantar suspeita diagnóstica e conduzir os passos de forma sistemática, para que o diagnóstico seja confirmado (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB), 2008).

O critério de ME foi introduzido no Brasil em 1968, considerando o primeiro transplante realizado a partir de órgãos cadavéricos e foi baseado apenas em critérios eletroencefalográficos (GLEZER, 2004).

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFM-USP) estabeleceu em 1983 seu primeiro critério de ME, baseando-se na constatação clínica de um coma aperceptivo, ausência de reflexos supraespinais, excluindo situações como hipotermia e depressão medicamentosa, com um tempo de observação mínima de seis horas e sendo ainda necessário um exame que demonstrasse se havia ausência de perfusão sanguínea ou atividade elétrica no cérebro (GLEZER, 2004).

Em 1987, foi aprovado o primeiro protocolo estadual de ME pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) do estado do Rio Grande do Sul. Após essa resolução, em 1991, o CFM protocolou alguns princípios a serem adotados para o diagnóstico de ME em todos os hospitais brasileiros. Em 1997, o diagnóstico de ME foi definido com base em critérios clínicos e tecnológicos obrigatórios a serem seguidos (CFM, 1997).

Para o CFM, o critério para o diagnóstico da ME é a cessação irreversível de todas as funções do encéfalo, incluindo o tronco encefálico, onde se situam estruturas responsáveis pela manutenção dos processos vitais autônomos, como a pressão arterial e a função respiratória (CFM, 1997).

O protocolo utilizado para o diagnóstico da ME, instituído pela Resolução do CFM nº 1.480, de 1997 (CFM, 1997), foi alterado pela Resolução nº 2173/17 que substituiu a anterior. Diante disso, os **novos critérios para diagnóstico da ME**, após assinatura pelo presidente Michel Temer em dezembro de 2017, não precisam mais ser atestados por um neurologista. (CFM, 2017).

A principal novidade é que, agora, após a suspeita de ME, o paciente deve ser observado e ter acesso a todos os tratamentos possíveis **por, no mínimo, seis horas** (CFM, 2017).

Para atestar a ME, o paciente deve ser submetido a: 1) um exame clínico (realizado por dois médicos diferentes, com um intervalo mínimo de uma hora); 2) um teste de apneia e; 3) exames complementares (angiografia cerebral, eletroencefalograma, *doppler* transcraniano e cintilografia). O CFM destaca que o laudo deve ser assinado por um profissional com experiência comprovada e capacitação (CFM, 2017).

Em 1995, a *American Neurological Association* (ANA) organizou um comitê que definiu os critérios atualmente utilizados nos Estados Unidos e copiado em vários outros países. Nunca foi relatado ou demonstrado um único caso de recuperação da função cortical e/ou do tronco cerebral após o diagnóstico de ME utilizando tais critérios da ANA (MORATO, 2009).

O protocolo de diagnóstico de ME no Brasil, aprovado pelo CFM, segue, quase completamente, as diretrizes firmadas pela ANA em 1995, exceto pelo fato da não obrigatoriedade da realização do exame complementar. A necessidade da utilização de testes confirmatórios para o diagnóstico de ME vem sendo questionada incessantemente nos últimos anos. Em inúmeros artigos científicos, os autores afirmam que o exame neurológico é suficiente para o diagnóstico preciso de ME, sem a necessidade de exames complementares. Então, é necessário que o exame clínico seja realizado por médicos habilitados (COIMBRA, 2000).

Em nossa realidade, a prática de exames sequenciais não é rápida, o que retarda o diagnóstico definitivo e, atualmente, a nova Resolução vem trazendo algumas discussões frente à questão do tempo, pois a demora pode inviabilizar uma possível doação de órgãos, uma vez que o paciente fica mais suscetível a disfunções orgânicas e instabilidade hemodinâmica.

Determinar o conceito e o momento exato da morte, estabelecer critérios e diagnósticos, assim como a aplicação desses sob a ótica médica, legal e ética, tem

sido tema polêmico. A nomenclatura do termo 'morte', por sua vez, também sofreu variações como: morte cerebral, morte do sistema nervoso, *coma dépassé*, *Glasgow 3* e, finalmente, ME (COIMBRA, 2000).

Em 1995, a ANA reafirmou esses critérios, especificando a técnica do teste de apneia e uma série de possíveis observações clínicas que não invalidam o diagnóstico: sinal de Babinski, pressão arterial normal, ausência de diabetes insípido e outros (AGNOLO, 2010).

No Brasil, aceitou-se oficialmente o termo ME a partir da Resolução nº 1.346/91, atualizada pela Resolução nº 1.480/97 do CFM, que propõe uma mescla de protocolos, destacando-se como critérios clínicos: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supraespinal e apneia, consequência de processo irreversível e de causa conhecida, mantido por seis horas nos maiores de dois anos, corroborado como exame complementar que demonstre ausência de atividade metabólica cerebral, excluídos hipotermia e uso de depressores do sistema nervoso central (CFM, 1997).

O CFM divulgou recentemente a atualização dos critérios para a definição de ME, que agora poderá ser diagnosticada por mais especialistas, além do neurologista. A Resolução nº 2.173/17 substitui a de nº 1.480/97 e atende o que determina a Lei nº 9.434/97 e o Decreto presidencial nº 9.175/17, que regulamentam o transplante de órgãos no Brasil. No entanto, as transformações sociais e a evolução da medicina levaram o CFM a atualizar os critérios (CFM, 2017).

De acordo com a Lei nº 9.434/97, a retirada de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de ME, constatada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e de transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do CFM (CFM, 2017). A Resolução nº 2.173/17 estabelece que os procedimentos para a determinação da morte encefálica devem ser iniciados em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supra espinal e apneia persistente.

O quadro clínico do paciente também deve apresentar todos os seguintes pré-requisitos: 1) presença de lesão encefálica de causa conhecida e irreversível; 2) ausência de fatores tratáveis que confundiriam o diagnóstico; 3) tratamento e observação no hospital pelo período mínimo de seis horas; 4) temperatura corporal superior a 35° e; 5) saturação arterial de acordo com critérios estabelecidos pela resolução (CFM, 2017).

2.3.1 Fundamentos Legais da Morte Encefálica

Para se obter a determinação da ME é preciso estar fundamentado nas normas legais abaixo descritas:

- 1) Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providencias (Anexo A);
- 2) Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, regulamenta a Lei nº 9434, que dispõe sobre a remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamentos e dá outras providencias (Anexo B);
- 3) Resolução do CFM nº 1.480, de 8 de agosto de 1997, dispõe sobre os critérios para a definição de ME e que compete ao CFM definir tais critérios (Anexo C);
- 4) Parecer do CFM nº 12, de 17 de junho de 1998, define de forma clara, que os critérios de ME para o estabelecimento da morte de uma pessoa e que pode ser utilizado em todas as situações, transplantes, pesquisas ou assistências (Anexo D);
- 5) Resolução nº 2.173/17, que substitui a de nº 1.480/97, define os critérios e regulamenta a lei (Anexo E).

Do ponto de vista ético, após o diagnóstico de ME, o médico tem o dever de retirar os procedimentos de suporte que mantém artificialmente o funcionamento dos órgãos vitais utilizados até o momento de sua determinação. A suspensão desse recurso não é eutanásia, pois se trata de paciente morto e não terminal.

Com a irreversibilidade da ME, o médico é autorizado, legal e eticamente, a retirar o suporte terapêutico. E pela sociedade ainda não estar familiarizada com o tema, torna-se imperativo a apresentação da Resolução, que permite uma discussão ética, moral e legal da suspensão do tratamento desnecessário no caso da ME.

2.3.2 Determinação da Morte Encefálica

O diagnóstico de ME é um diagnóstico que deve ter certeza e clareza absoluta e sua determinação deverá ser realizada de forma padronizada, com uma especificidade de 100%, sem falso diagnóstico, pois este impossibilita o diagnóstico da ME.

Os procedimentos para determinação da ME deverão ser realizados em todos os pacientes que apresentam coma não responsivo e apneia, independentemente de serem doadores ou não (AGNOLO, 2010).

Há cerca de 10 anos, o CFM já havia provado por meio de Resolução os critérios que caracterizavam a determinação da ME e, em janeiro de 2008, o Diário Oficial publicou a Resolução do CFM nº 1.826/2007 que normatiza a ação do médico no caso de ME em indivíduo não doador.

De acordo com a Lei nº 9.434/97, a retirada de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de ME, constatada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e de transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do CFM (CFM, 2017).

Quadro 1 – Critérios antigos e novos para ME.

Critérios	Resolução 1.480/97	Resolução 2.173/17
Parâmetros clínicos para o início do diagnóstico	Coma aperceptivo com ausência de atividade motora supraespinal e apneia.	Coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinal, apneia persistente. Deve apresentar lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica, ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica. Temperatura corporal superior a 35°, saturação arterial de oxigênio acima de 94% e pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg para adultos.
Tempo de observação para que seja iniciado o diagnóstico	Não havia.	Mínimo de 6 horas Quando a causa fora encefalopatia hipóxico-isquêmica, a observação deve ser de 24 horas.
Intervalo mínimo entre as duas avaliações clínicas	De 7 dias a 2 meses incompletos – 48 horas De 2 meses a 1 ano incompleto – 24 horas De 1 ano a 2 anos incompletos – 12 horas Acima de 2 anos – 6 horas	De 7 dias a 2 meses incompletos – 24 horas De 2 meses a 24 meses incompletos – 12 horas Acima de 2 anos – 1 hora

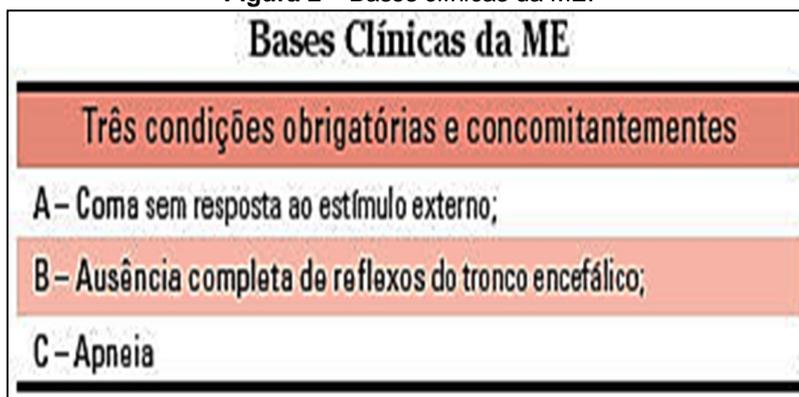
Confirmação da morte encefálica	<p>a) Exames clínicos, realizados por médicos diferentes, e exames complementares, realizados em intervalos de tempos variáveis;</p> <p>b) Os exames complementares devem demonstrar: ausência de atividade elétrica cerebral, ou ausência de atividade metabólica cerebral ou ausência de perfusão sanguínea cerebral.</p>	<p>a) Dois exames clínicos, por médicos diferentes, especificamente capacitados para confirmar o coma não perceptivo e a ausência de função do tronco encefálico;</p> <p>b) um teste de apneia;</p> <p>c) um exame complementar que comprove a ausência de atividade encefálica. Este exame deve comprovar: ausência de perfusão sanguínea encefálica, ou ausência de atividade metabólica encefálica ou ausência de atividade elétrica encefálica.</p>
Formação dos médicos examinadores	<p>a) Decreto 2.268/97 (revogado pelo decreto 9.175/17) estabelecia que um dos dois médicos confirmadores da morte encefálica deveria ser neurologista;</p> <p>b) mesmo decreto estabelecia que nenhum desses médicos poderiam fazer parte da equipe de transplante.</p>	<p>a) Será considerado especificamente capacitado o médico com um ano de experiência no atendimento de pacientes em coma e que tenha acompanhado ou realizado pelo menos dez determinações de morte encefálica, ou que tenha realizado curso de capacitação para determinação de morte encefálica;</p> <p>b) Um dos médicos especificamente capacitado deverá ser especialista em uma das seguintes especialidades: medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, neurologia, neurologia pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência.</p> <p>c) Nenhum desses médicos poderá fazer parte da equipe de transplante.</p>

Fonte: Elaborado pela autora com base em CFM (2017).

Figura 1 – Pré-requisitos para início do protocolo.

PARA INICIAR O PROTOCOLO	
Necessários três pré-requisitos:	
A – Coma com causa conhecida e irreversível	(Causa deve estar comprovada por TC/RM ou LCR);
B – Ausência de hipotermia, hipotensão ou distúrbio metabólico grave	(PIA > 60, Tax > 36,5, 160 < Na < 120);
C – Ausência de intoxicação exógena ou efeito de medicamentos psicotrópicos	(12 horas – sedação/curare, 24 horas – barbitúricos);

Fonte: ABTO (2009).

Figura 2 – Bases clínicas da ME.

Fonte: ABTO (2009).

2.4 HISTÓRICO DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

A história do transplante de órgãos sempre foi marcada por conquistas e várias tentativas são feitas ao longo desse percurso para que os procedimentos se tornem confiáveis e bem-sucedidos.

De acordo com Leite (2000), as primeiras tentativas de preservação da vida humana tiveram início nos hospitais do Oriente. Dessa forma, de acordo com a tradição chinesa, o cirurgião chinês Pien Chiao realizou com êxito, a troca de órgãos entre dois irmãos, cerca de 300 a.C.

Na Idade Média, conta-se a lenda dos Santos Cosme e Damião, que exerceram a medicina por pura caridade, e substituíram a perna de um doente pela perna de um cadáver etíope e foi com a graça de Deus que, segundo Leite (2000), obteve-se êxito completo, realçado ainda pela diferença de cor, uma vez que o “doador” tinha pele negra.

Nos séculos XV e XVI, segundo Leite (2000), foram descritas as primeiras tentativas de utilizar tecidos procedentes de pessoas e animais, porém, as operações terminaram fracassando, uma vez que a extração era feita de forma primitiva, sem levar em consideração as infecções.

O cirurgião francês Ambrósio Paré (1517-1590), citado por Leite (2000), foi um dos precursores das técnicas cirúrgicas utilizadas nos transplantes, chamado de “o pai da cirurgia moderna”. Teve como pico de sua carreira, a descoberta da ligação das artérias, que ele empregou nas amputações, segundo um método seu, como

substituto da cauterização. Já o cirurgião inglês John Hunter foi o primeiro a usar a palavra “transplante”.

De acordo com Thomas Schlich (1998), a história dos transplantes de órgãos pode ser dividida em dois momentos. Entre 1880 e 1930 ocorreram as primeiras tentativas de transplante, sendo que o primeiro órgão transplantado foi a glândula tireoide em 1833. O mau funcionamento dessa glândula causa o cretinismo, ou seja, impede o crescimento normal de uma criança tanto física quanto mentalmente.

Nessa fase também foram realizados transplantes experimentais com rins e pulmões. O desafio da época era o domínio da técnica dos transplantes. O médico e pesquisador francês Alexis Carrel destaca-se por descobrir a existência de uma diferença entre transplantar dentro do mesmo corpo (autotransplante) e entre corpos diferentes (alotransplante). Na época, o autotransplante garantia o sucesso da cirurgia, enquanto o alo geralmente levava ao fracasso (SCHLICH, 1998).

Devido à falta de clareza quanto aos motivos dessa diferença, as experimentações com animais continuaram. Portanto, até esse momento, de acordo com Schlich (1998), a terapia dos transplantes permanecia como ideal utópico.

A segunda fase dos transplantes inicia-se em 1945 e, de acordo com Schlich (1998), segue até hoje. Naquele ano, foi realizado um transplante de rim no Hospital de Peter-Bent-Brigham. A cirurgia marca a história dos transplantes, pois o rim transplantado foi considerado tecnicamente ideal, apesar de a cirurgia não ter alcançado o sucesso esperado.

O termo “transplante” foi usado em 1778 por John Hunter e mencionado diante das experiências entre animais. Foi definido como transferência de um órgão ou porção desse de uma pessoa viva ou morta para outra que precisa de uma terapêutica curativa (D'IMPÉRIO, 2010). Na atualidade, constitui uma das mais notáveis conquistas científicas, uma vez que é uma técnica que salva vidas e restaura a saúde das pessoas, assegurando o direito fundamental à vida.

É chamado de transplante de órgãos e tecidos, o procedimento cirúrgico que busca retirar um órgão ou tecido (ou parte deles) de um indivíduo (o doador) para os realocar em outra pessoa que esteja necessitando (o receptor). Em certos casos, nos transplantes de tecidos, o indivíduo que doa pode ser o próprio receptor. De acordo com Hamilton (1982), o transplante possui suas classificações como:

- a) Autotransplante: consiste no deslocamento de partes do corpo, como órgãos e tecidos, do indivíduo para outra região, ou seja, o doador e o

receptor são a mesma pessoa, por exemplo, quando se transfere ossos, pele, veias, etc., comum nas operações de “ponte de safena”;

- b) Isotransplante: também chamado de transplante isógeno, são casos de transplante de tecidos ou órgãos entre gêmeos univitelinos ou gêmeos monovulares, ou seja, pessoas que possuem os mesmos caracteres genéticos;
- c) Alotransplante: realizado em indivíduos de mesmo gênero, porém com características genéticas diferentes, ou seja, o doador, vivo ou morto, e receptor de órgãos ou tecido não possuem características genéticas idênticas;
- d) Xenotransplante: feito entre gêneros diferentes, como a transferência de um órgão ou tecido de um animal para um ser humano.

Porém, em qualquer uma dessas classificações, só poderá ocorrer o transplante em paciente com doenças progressivas ou incapacitantes, irreversíveis por outras técnicas terapêuticas (HAMILTON, 1982).

Atualmente, os transplantes são uma opção de tratamento bem definida, do ponto de vista terapêutico. Situação que abre uma perspectiva sólida de melhoria e prolongamento da vida para pacientes que necessitam substituir órgãos ou tecidos doentes por saudáveis.

O Brasil desenvolveu em poucas décadas uma notável capacidade técnica para várias modalidades de transplante, aumentando também sua demanda para órgãos a serem transplantados (SADALA, 2004).

Na prática, a política de transplante constitui-se em um processo que se divide em: detecção, avaliação, manutenção do potencial doador, diagnóstico de morte encefálica, consentimento familiar ou ausência de negativa, documentação de morte encefálica, remoção, distribuição de órgãos e tecidos, transplante e acompanhamento de resultados.

Em 1967, na África do Sul, o Dr. Christian Barnard realizou o primeiro transplante cardíaco entre seres humanos. Para que essa cirurgia fosse possível, os experimentos realizados com animais foram determinantes, além do desenvolvimento e aperfeiçoamento de técnicas de cirurgia vascular desenvolvida por Carrez e Gouthrie, bem como a descoberta dos tipos sanguíneos (CAMARGO, 2006).

O primeiro transplante no Brasil foi realizado em 1964, no estado do Rio de Janeiro, quando uma doadora portadora de hidrocefalia teve seu rim doado para um

portador de pielonefrite crônica. Entre 1964 e 1989, os programas de transplantes de órgãos começaram a ter destaque e reconhecimento. O interesse e o progresso na área tecnológica, médica e farmacêutica possibilitaram que diferentes órgãos fossem transplantados na esperança de socorrer vidas (LAMB, 2000).

E no ano de 2018, o primeiro transplante de rim do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) comemorou 50 anos em fevereiro, o procedimento foi realizado no ano de 1968, no próprio HCFMRP e foi o primeiro da América Latina utilizando o órgão de uma pessoa morta, e apresentou-se como evento a impulsionar a doação no país.

De acordo com o médico e professor aposentado Antônio Carlos Martins, que atuou na época com o urologista responsável pelo transplante, Dr. Áureo Ciconelli, a cirurgia era pioneira e foi treinada por três anos em cães. Após cirurgias como essas, o Brasil teve um processo de unificação do banco de dados dos doadores, a partir de 1968, o que garantiu uma maior democratização dos transplantes (MARTINS, 2016).

No Brasil, no ano de 1968, o pioneiro em transplante cardíaco foi o Dr. Zerbini, no HCFM-USP. O paciente sobreviveu por 26 dias. Apesar das várias tentativas, poucas cirurgias atingiram sucesso, a maioria resultava em uma vida pós-operatória muito curta e a empolgação inicial foi diminuindo com os acompanhamentos dos casos. Os estudos demonstravam que havia problemas ainda não solucionados relacionados a rejeição. Como nenhum paciente dos 118 transplantes havia sobrevivido até 1969, decidiu-se que iriam se aprofundar em pesquisas e diminuir o número de transplantes (ABTO, 2017).

Somente em 1982 foi descoberto um novo medicamento que controlava a rejeição do órgão transplantado, o imunorregulador Ciclosporina A. Esse medicamento auxilia na superação da rejeição do órgão e permite a histocompatibilidade, possibilitando um maior sucesso das cirurgias e uma melhor recuperação dos pacientes (LAMB, 2000).

A possibilidade de uma vida pós-operatória longa tornava-se realidade. A Ciclosporina A inicia uma nova fase na história dos transplantes de órgãos, permitindo que a técnica saísse da espera experimental para uma etapa mais avançada, permitindo um tempo de vida pós transplante mais extenso.

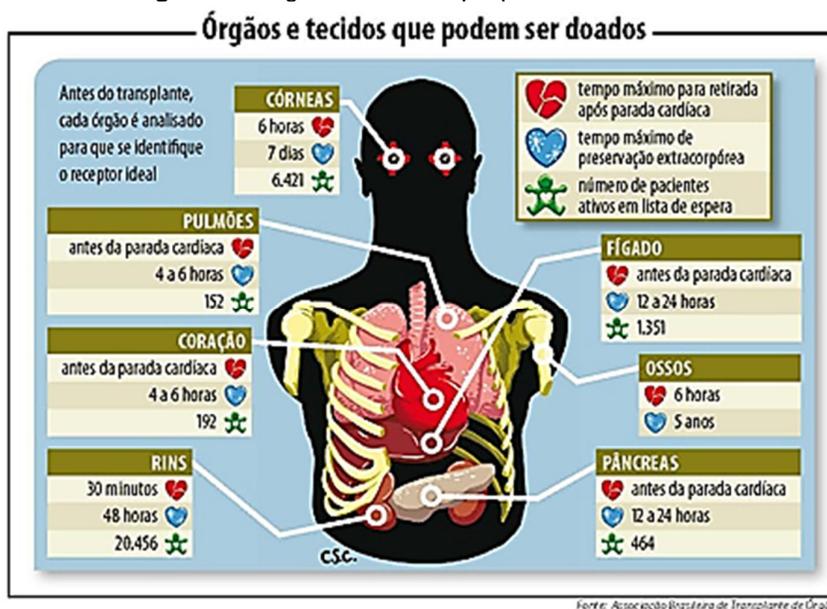
O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) restringe-se a afirmar que o Brasil possui, hoje, um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. Considerando as dimensões do país e suas grandes diferenças sociais e

de infraestrutura (saneamento básico, transporte público e alfabetização), pode-se afirmar que a organização em torno dos transplantes de órgãos e tecidos representa um grande avanço para a medicina brasileira.

O processo de doação de órgãos e tecidos é um sistema complexo que envolve a sociedade, os órgãos públicos e os profissionais de saúde, que necessitam funcionar harmonicamente para que haja a doação, captação e o transplante (SÁ; MOUREIRA, 2012).

No Brasil, o processo de transplantes de órgãos e tecidos é atualmente regulamentado por uma legislação rigorosa, cujos tópicos principais contemplam requisitos mínimos como o credenciamento de hospitais e equipes, a permissão de usar doadores falecidos, os critérios de diagnóstico de morte, a forma de consentimento e permissão para uso de órgãos de doadores vivos não parentes, a proibição do comércio de órgãos e as penalidades para as infrações (ABTO, 2008).

Figura 3 – Órgãos e tecidos que podem ser doados.



Fonte: ABTO (2016).

Em junho de 1997, o Ministério da Saúde criou o SNT e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), conhecidas como Centrais Estaduais de Transplante, estabelecendo a forma de distribuição dos órgãos e tecidos por meio das listas de espera regionalizadas (ALENCAR, 2006).

Foram várias alterações legislativas ocorridas no Brasil nos últimos anos, com o intuito de minimizar o problema da falta de órgãos e tecidos e, assim, garantir o direito constitucional à vida a todas as pessoas. No entanto, o Brasil figura muito aquém quanto a Doação e Transplantes se comparado com outros países como Espanha, EUA, Argentina e Uruguai, já que em todos eles, o número de doadores por milhão de habitantes é muito superior ao nosso, ocorrendo significativas diferenças em termos de captação de órgãos (ALENCAR, 2006).

Qualquer pessoa que precise de transplante tem o direito de ser atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de ser preparada física e psicologicamente para o tratamento e de ser respeitada e tratada em suas condições.

O SUS financia mais de 95% dos transplantes realizados no Brasil e subsidia todos os medicamentos imunossupressores para todos os pacientes. Tem alcançado resultados positivos pelo programa de transplantes e superou expectativas considerando a escassez financeira (EDITORIAL..., 2003).

O Brasil é o segundo maior país que promove o transplante renal, perdendo somente para os Estados Unidos. O número de transplantes de pâncreas e de fígado vem crescendo de 20% a 30% ao ano. Já o transplante cardíaco não apresenta o desenvolvimento esperado, segundo o presidente da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana, possivelmente pela ausência da equipe cardíaca, como cirurgiões cardíacos e cardiologistas, que se dedique com prioridade a esse procedimento (ABTO, 2017).

Não existem grandes obstáculos à doação de órgãos no Brasil, segundo a ABTO (2003-2013), pois todo o processo está regulamentado pelas leis e, para se tornar um doador, basta avisar a família, manifestando em vida esse desejo. Embora grande parte da população, em torno de 60%, concorde em serem doadores de órgãos e tecidos, as equipes encontram somente um em cada oito doadores em potencial (ABTO, 2008).

Segundo Magalhães (2004), uma das estratégias mais eficazes para diminuir o número de pessoas na fila de espera é criar uma rede de coordenadores de transplantes em todo o país, para que esses profissionais monitorem os hospitais e identifiquem os possíveis doadores em potencial, fazendo contato com as famílias em um momento tão delicado, explicando que o diagnóstico de morte encefálica é absolutamente preciso e esclarecendo os benefícios da doação de órgãos.

2.5 DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Considerações sobre o paciente com morte encefálica fizeram-se necessárias para se decidir sobre a possibilidade de um paciente tornar-se doador de órgãos. Quase 80% dos casos são secundários a lesões traumáticas e acidentes vasculares encefálicos. Outras causas comuns são tumores do sistema nervoso central e uso de drogas e intoxicações (MATTIA, 2010).

A avaliação de um possível doador de órgãos e tecidos inicia-se com cuidadosa revisão da história clínica e social, exame físico com atenção especial aos sinais de malignidade, trauma e comportamento de risco (D'IMPÉRIO, 2010).

As contraindicações ou critérios de exclusão para a doação de órgãos e tecidos estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Critérios gerais de exclusão para doação de órgãos e tecidos.

Sepse não tratada
Tuberculose em atividade
Infecção por HIV
Encefalite viral
Hepatite viral (existem exceções)
Síndrome de Guillain-Barré
Uso de drogas ilícitas por via venosa
História de malignidade

Fonte: ABTO (2016).

O processo de doação envolve um conjunto de ações e procedimentos que tem início a partir da identificação de um potencial doador, sendo que os profissionais que atuam na área precisam se esforçar para manter o corpo desse paciente doador saudável, com vistas a salvar vidas por meio do transplante de órgãos e tecidos. Por essa razão, as ações desses profissionais relacionam-se com uma perspectiva ética, ligada a questões de vida e morte (MATTIA, 2010).

A doação de órgãos e tecidos bem-sucedida depende da relação de confiança estabelecida entre as equipes médicas, da central de captação de órgãos e a família do potencial doador, bem como da agilidade do processo de confirmação da ME.

Maior rapidez no diagnóstico de ME apenas com a utilização do exame clínico completo poderia aumentar o número de órgãos captados em tempo hábil. A demora em estabelecer o diagnóstico de ME exerce impacto significativo sobre o bem-estar,

as probabilidades de cura e a extensão de sequelas nos pacientes que aguardam pela doação de órgãos e tecidos, bem como sobre seus familiares e a sociedade (D'IMPÉRIO, 2010).

A doação de órgãos e tecidos no Brasil é uma concessão graciosa feita em vida, pelo próprio doador ou, após sua morte, por seu representante legal. Pode ser realizada por meio de expressão verbal com testemunhas ou de documento oficial escrito, no qual declara, estando em pleno gozo de suas faculdades mentais, ser de sua vontade doar órgãos ou tecidos de seu corpo após sua morte, por meio de testamento, ou em vida, por declaração (MATTIA, 2010).

Muitas pessoas enfrentam um dilema quando se deparam com a necessidade de optar ou não por ser doador de órgãos e tecidos, como ocorre nas emissões de documentos. Essas situações, muitas vezes, geram conflitos de crenças, de valores e de princípios religiosos, além de esbarrar com desinformação, mitos e crendices populares sobre o assunto.

De acordo com o Ministério da Saúde, o número de doação de órgãos e tecidos aumentou em quase 25% em 2009, comparado ao ano de 2008. Mas infelizmente, apesar dos avanços tecnológicos, as filas de espera continuam crescendo com mais de 60 mil brasileiros à espera de um transplante e à mercê de que as pessoas se sensibilizem com o fato e sejam doadores de órgãos (ABTO, 2008).

Observam-se, ainda, apesar dos avanços tecnológicos, muitas pessoas aguardando nas listas de espera por um órgão que seja compatível. Isso se deve, muitas vezes, à burocracia e também à falta de condições existentes para remover com rapidez o órgão e ser reaproveitado. Acredita-se que seja necessária uma equipe totalmente sincronizada, lidando com os possíveis obstáculos que possam ocorrer nesse período tão delicado da doação de órgãos e tecidos.

Reconhecer aspectos que possam favorecer o processo de doação e transplante de órgãos e tecidos e refletir sobre o significado de vida e morte da pessoa, certamente contribuirá para o autoconhecimento e para o exercício das práticas profissionais daqueles que atuam nessa área, e para a melhoria dos serviços de saúde que desempenham atividades de doação e transplante de órgãos e tecidos.

Dessa forma, a equipe da ABTO realiza campanhas anuais com todos os profissionais da área da saúde, orientando sobre o processo legal e sobre o processo de doação. Acredita-se que, com essa medida, o processo deverá ser acelerado e o

Brasil poderá conquistar destaque mundial na área de transplante de órgãos e tecidos (ABTO, 2018).

2.5.1 Doação de Órgãos e Tecidos no Brasil

No Brasil o tema doação de órgãos e tecidos para realização de transplantes é algo que vem trazendo discursos e polêmicas relevantes, uma vez que ao ser colocado em pauta, o tema é suscitado por diversos pontos de vista, relacionando-se diretamente com a formulação da norma escrita, as leis.

De acordo com Almeida (2012), cada país possui sua lei em particular. Alguns países foram de fundamental importância para dar base à lei brasileira. O autor nos refere alguns países como Bélgica, Alemanha, França, Portugal, Espanha, entre outros, que adotam leis semelhantes.

O Brasil espelhou-se, em grande parte, na Espanha para dar início à Lei dos transplantes, em que o país da Europa é um dos modelos mais bem-sucedidos em todo o mundo.

Na América Latina, segundo Almeida (2012), dispõem-se dos mais variados tipos de leis, dependendo do país. Na Argentina, no Canadá e em Cuba, por exemplo, é necessário que os cidadãos portem um tipo especial de carteirinha, identificando-os como doadores voluntários de órgãos. No Peru, a doação é automática, mas apenas para os corpos falecidos em hospitais.

Para Barchifontaine e Pessini (2000), a lei brasileira diz que todos os brasileiros maiores de 18 anos são doadores de órgãos e tecidos em potencial, excetuando-se os que manifestarem decisão contrária em vida, devendo constar no documento de identidade ou na carteira de motorista.

A Lei nº 9.434, sancionada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso em 4 de fevereiro de 1997 (BRASIL, 1997) e regulamentada pelo Decreto nº 2.268 de 30 de junho de 1997 (BRASIL, 1997), pretendeu agilizar a captação de órgãos para transplante no país. Chamada de Lei do Consentimento Presumido, substituiu a Lei do Consentimento Requerido, que estabelecia consulta anterior à família quando constatada a morte encefálica de um possível doador.

De acordo com Mies (1998), a lei de consentimento presumido esclarece que toda pessoa que morre tem seus órgãos passíveis de serem retirados para

transplante, a menos que o doente tenha declarado em vida que não deseja ser um doador.

Dentre as disposições legais da legislação brasileira de transplante de órgãos e tecidos, Almeida (2012) contribuiu dizendo que no Capítulo I, das Disposições Gerais, no art. 1º a disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou *post mortem*, para fins de transplante e tratamento, é permitida na forma dessa lei.

O parágrafo único pontua que, para os efeitos da Lei, não estão envolvidos, entre os tecidos a que se refere o artigo: o sangue, o esperma e o óvulo. Almeida (2012) contribuiu dizendo que no art. 2º diz que a realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser em estabelecimento de saúde, público ou privado, juntamente com equipes médicas cirúrgicas de remoção e transplante, previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do SUS.

O parágrafo único pontua que a realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser autorizada após consentimento do doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção exigidos para a triagem de sangue para doação, segundo dispõe a Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988, e regulamentos de Poder Executivo (BRASIL, 1997).

No Capítulo II, da Disposição *Post Mortem* de Tecidos, Órgãos e Partes do Corpo Humano para fins de Transplante diz:

Art. 3º. A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.

[...]

Art. 4º. Salvo manifestação de vontade em contrário, nos termos desta Lei, presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplantes ou de terapêutica *post mortem* (BRASIL, 1997).

Os não doadores, de acordo com Almeida (2012), são pacientes que já tiveram hepatite B e C, AIDS ou doenças infecciosas ativas, como a septicemia ou algum tipo de câncer. Os fumantes também fazem parte dessa classe, sendo não doadores de pulmão.

Dessa forma, poucas pessoas conhecem as leis (Anexo C) sobre os transplantes de órgãos e estas são pouco difundidas. Os cidadãos devem conhecê-las de forma mais aprofundada para que o processo de doação de órgãos propague de forma mais efetiva e as pessoas tenham mais possibilidade de acesso aos transplantes.

Sendo o Brasil um dos países pioneiros no transplante de órgãos e tecidos, tendo como aliadas as tecnologias avançadas, como as cirurgias de maior precisão e remédios que auxiliam o organismo na rejeição, os centros de saúde não estão com profissionais habilitados para a retirada dos órgãos, muito menos aparelhos para conservação dos mesmos.

No Brasil, para esclarecer e incentivar a população sobre as doações, o SUS realiza frequentemente campanhas publicitárias. Em 2017 a taxa de doadores efetivos cresceu 14%, alcançando o objetivo previsto em 2015 para o ano de 2017. Os estados destacados foram: Santa Catarina com aumento de 10,9%; e Paraná com 26,2% (ABTO, 2017).

Apesar de a população ter cada vez mais acesso às informações, não significa que o interesse sobre o tema doação de órgãos aconteça em sua totalidade, pois mesmo diante das campanhas divulgadas na mídia e *sites* informativos, as pessoas não compreendem todo o processo de doação de órgãos e tecidos, uma vez que ações educativas não detalham o suficiente a ponto de diminuir o índice de recusa de doação de órgãos e tecidos por falta de esclarecimento.

As ações educativas podem contribuir na melhoria do processo de captação e atender às necessidades dos pacientes, familiares e comunidade. Devem contar com a determinação dos profissionais de saúde no que se refere ao esforço, foco na busca do conhecimento científico e percepção, que são elementos decisivos para o bom desempenho da equipe multiprofissional (SANTOS et al., 2012).

Após as primeiras experiências em décadas anteriores e das mudanças que ocorreram na legislação brasileira referente à doação de órgãos, foi relevante a quantidade de transplantes realizados no decorrer dos anos. Comparando o número de transplantes que ocorreram em 2010 (4.656) e 2014 (5.639), pode-se observar o considerável aumento de 21,11%. Porém, esses dados estatísticos vêm sendo bastante discutidos pela desconexão com o número de pessoas na fila de espera (ABTO, 2017).

A doação de órgãos e tecidos no Brasil depende, hoje, exclusivamente da autorização da família do doador. O grande avanço tecnológico tornou o transplante de órgãos uma terapia de escolha, e não mais experimental, para o paciente com falência de órgãos.

Segundo Pompeo (2014), o sucesso da entrevista familiar depende de três fatores: predisposição à doação, qualidade do atendimento hospitalar e conhecimento do entrevistador.

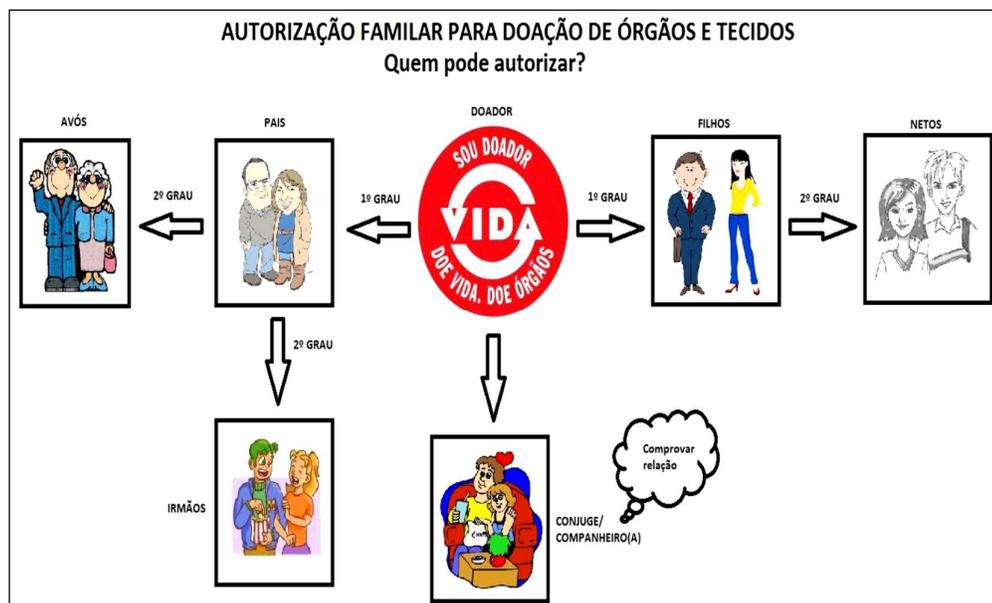
2.5.2 O Processo de Doação de Órgãos e Tecidos e a OPO

O Sistema Nacional de Transplante conta com 22 centrais de notificação, captação e distribuição ligadas a órgãos estaduais e oito centrais regionais. As centrais cobrem praticamente toda a extensão territorial brasileira, com exceção dos estados do Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins (ABTO, 2017).

Dados da ABTO (2016) apontaram que existem 449 estabelecimentos de saúde credenciados e 1.033 equipes especializadas para a realização de transplantes. As centrais encarregam-se de receber os órgãos dos hospitais e fazer com que cheguem aos receptores, por meio de uma fila única. Essa fila evita que pacientes com um poder aquisitivo maior consigam um órgão antes de outros. A fila tem ordem cronológica, mas a Lei diz que pacientes graves ou crianças de até sete anos podem passar na frente.

A legislação também prevê que pessoas vivas possam doar órgãos duplos, como rim, pulmão e partes do fígado e do pâncreas, nesses casos o beneficiário precisa estar na fila, mas não há necessidade de seguir uma ordem, por exemplo, em caso de doação a um familiar. No caso de ME, quem pode autorizar a doação são os familiares de primeiro grau e assim sucessivamente, conforme Figura 4 abaixo.

Figura 4 – Esquema de autorização familiar para doação de órgãos e tecidos.



Algumas estatísticas sobre a doação de órgãos no Brasil, de acordo com o Ministério de Saúde (ABTO, 2008), apontam que em 2002, entre os órgãos mais transplantados, a córnea encabeçou a lista, com 3.496 procedimentos. Em seguida, vem o rim (2.645), medula óssea (871), fígado (523), esclera (132), coração (126), rim/pâncreas (100), pulmão (21), pâncreas (17), pâncreas após rim (12).

O Brasil só perde para os Estados Unidos em número de transplantes. Porém, em quantidade e investimento, o país possui o maior programa público de transplantes de órgãos e tecidos do mundo: o SUS financia 92% desses procedimentos, cada um deles ao custo de R\$ 35.151,00 (trinta e cinco mil cento e cinquenta reais). O gasto total em 2002, de acordo com o banco de dados do SUS, foi de R\$ 280 milhões e, em 2003, ultrapassou os R\$ 343 milhões (ABTO, 2016).

Foi aprovada no dia 4 de fevereiro de 1997 uma regulamentação sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamentos que, sancionada pelo Presidente da República, tornou-se a Lei Federal nº 9.434 (BRASIL, 1997).

Devido a algumas de suas disposições, essa lei assumiu uma postura polêmica e foi objeto de debate em toda a imprensa nacional. A doação presumida, que foi um dos principais pontos de crítica, está expressa no artigo 4º da Lei Federal nº 9.434/1997 (BRASIL, 1997) e dispõe que: "salvo manifestação de vontade contrária, presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano para

fins de transplantes ou terapêutica *post mortem*”, acrescentando que decorridos sessenta dias da publicação da Lei (4 de abril de 1997) seria OBRIGATÓRIA a gravação da expressão “não-doador de órgãos e tecidos”, de forma indelével e inviolável, na Carteira de Identidade Civil ou na Carteira Nacional de Habilitação da pessoa que optar por essa condição (BRASIL, 1997).

A doação presumida, conforme estabelecida na Lei, veio de forma compulsória, exigir do cidadão uma manifestação pública por escrito do seu direito a não ser doador, invadindo, dessa forma, sua privacidade e interferindo em sua consciência moral. De acordo com os cientistas políticos de todo o país desde a sua promulgação, a Lei Federal nº 9.434 de fevereiro de 1997, deixava bem claro que trazia falhas e que precisaria ser revista o quanto antes.

Essa Lei foi revogada pela Lei nº 10.211 de 23 de março de 2001 (BRASIL, 2001). Esta, por sua vez, postula que o paciente, para se tornar um doador não depende mais de que esse tenha que assinalar em sua carteira de identidade se o mesmo é ou não doador, mas sim através da autorização do cônjuge, dos parentes diretos ou colaterais. Conforme o artigo 4º da lei citada acima:

A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte (BRASIL, 2001).

Mendes e Nobre (2006), em um de seus estudos sobre o assunto, dizem que, por meio dessa nova lei, pode-se verificar uma pequena alteração para maior aceitação da sociedade, aceitação no que tange ao direito de a pessoa ser ou não doadora de órgãos e tecidos para fins de transplantes.

Guetti e Marques (2008) afirmam que um único potencial doador em boas condições poderá beneficiar mais de 10 pacientes. Devido à importância social que representa a doação de órgãos e tecidos, acredita-se que estratégias de esclarecimento, tanto para os profissionais, quanto para a sociedade, poderão contribuir na sobrevivência de milhares de pacientes que aguardam na fila por um transplante (DALBEM; CAREGNATO, 2010).

Para execução dos procedimentos de doação, faz-se necessário comunicar a identificação do potencial doador na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO). A notificação é compulsória para todos os

estabelecimentos de saúde, independente da intenção familiar de doação ou da condição clínica do potencial doador de converter-se em doador efetivo (RODRIGUES, 2013).

Assim, os profissionais de saúde que atuam em Unidades de Terapia Intensiva têm o compromisso ético de notificar a existência de um potencial doador a CNCDO de seu respectivo estado (MATTIA, 2010).

Deve-se ressaltar também que os profissionais de saúde além de exercerem atividades voltadas para notificação de potenciais doadores, ainda atuam nas OPO como facilitadores do processo de notificação e captação. Quando a ME é constatada e a família do potencial doador for esclarecida sobre a irreversibilidade do quadro clínico, o enfermeiro que trabalha na OPO poderá solicitar aos familiares do paciente clinicamente morto a doação de órgãos (LIMA et al., 2006).

Portanto, a CNCDO repassa a notificação à OPO que, por sua vez, avalia as condições clínicas do potencial doador e, se viável, realiza a entrevista familiar quanto à doação. Ocorrendo a recusa familiar para a doação, o processo é encerrado. Quando a família autoriza, inicia-se um protocolo interno que contempla vários procedimentos técnicos e administrativos indispensáveis para a viabilização dos órgãos. A OPO notifica o doador à CNCDO que realiza a seleção dos receptores, indicando as equipes transplantadoras responsáveis pela retirada e implante dos órgãos (FONSECA, 2010). O processo de doação de órgão funciona da seguinte maneira: Identificação do potencial doador, Notificação, Avaliação, Manutenção, Diagnóstico de ME, Comunicação aos familiares, Entrevista, Autorização familiar, Doação, Remoção dos órgãos, Distribuição e Transplante.

2.6 A PSICOLOGIA HOSPITALAR NO BRASIL: CONTEXTO HISTÓRICO

O hospital, quando surgiu, era considerado um modelo de assistência aos pobres, onde ficavam separados e excluídos, eram tratamentos realizados em abrigos, asilos locais, sempre perto das igrejas, as quais eram responsáveis pela assistência e salvação das almas. O hospital com objetivo terapêutico, surgiu no fim do século XVIII, quando se inseriu o saber médico no hospital (FOUCAULT, 1996).

Historiadores de medicina, por volta do século XIX, começaram a dar importância para o estudo da Psicologia no Brasil, as faculdades de medicina, com

tendência a neuropsiquiatria, neurologia e psicofisiologia, incluíram a Psicologia em seus estudos (SOARES, 2010).

No século XX, Pavlov, iniciou seus estudos pautados nos reflexos condicionados, tendo como uma influencia muito grande na Psicologia, denominou sua teoria de Psicologia Experimental. No Brasil, Henrique Roxo, foi o primeiro autor a orientar estudos relacionados ao tema e, com base nos estudos de Binet-Simon, associou a Psicologia experimental à psiquiatria e à neurologia (SOARES, 2010).

Foi no ano de 1940 que as primeiras teses de psicossomática começaram a surgir, mas a Psicologia era considerada apenas um suporte teórico para a prática da medicina, os médicos não levantavam a possibilidade de um novo campo de atuação, a Psicologia era considerada um domínio da ciência médica, contribuía para as questões relativas aos aspectos mentais (LHULLIER, 2003).

O início das atividades psicológicas em ambientes hospitalares no Brasil se deu aproximadamente na mesma época em que começou a se consolidar nos EUA, ou seja, em 1950.

Os primeiros registros do psicólogo em hospitais no Brasil apareceram em 1954 em São Paulo, no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), onde Matilde Neder deu início a essa atividade, com o acompanhamento em casos de pré e pós-operatórios com crianças e seus familiares (DITTLICH; ZENDRON, 2001).

Após Matilde Neder, foram aparecendo outras atuações pontuais em hospitais, mas somente no ano de 1983 que encontrou-se um marco teórico, agregando os profissionais que atuavam na área. Foi I Encontro de Psicologia da área hospitalar, em São Paulo, organizado por Belkiss Romano, uma das psicólogas hospitalares mais reconhecidas no país. Desde 1974, atua junto ao Instituto de Coração do HCFMUSP, onde implantou o serviço de Psicologia Hospitalar.

Nesse encontro, foi criado pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP/06) uma subcomissão para a discussão de temas relacionados ao campo da Psicologia Hospitalar, como suas peculiaridades, convergências e divergências em relação a outras práticas já tradicionais em Psicologia (SEBASTIANI, 2001).

Romano (1999) afirma que a tese de doutorado de Belkiss, em 1987, foi importante, uma vez que demonstrou que a Psicologia Hospitalar deveria ter uma

dinâmica própria, corroborando com os aspectos levantados pelo CRP/06 no I Encontro.

O campo da Psicologia Hospitalar no Brasil coincide em vários pontos com a história da estruturação da profissão de Psicologia no país. Percebeu-se que no ano de 1980 houve uma consolidação do espaço ocupado pelos psicólogos nos hospitais. Em 1982 o Hospital das Clínicas de São Paulo (HCSP) iniciou atividades psicológicas na Obstetrícia, nesse mesmo ano Heloisa Chiattonne implantou o Serviço de Psicologia Hospitalar Pediátrica no Hospital Brigadeiro e em 1990 foram datados os primeiros psicólogos contratados via concurso público no estado do Rio de Janeiro (CATHARINA, 1995).

Definir a atuação era necessário, uma vez que no de 1980 ainda havia muita confusão e falta de conhecimento sobre o psicólogo nos hospitais, o profissional não estava preparado para essa nova proposta (MACEDO, 1994).

O psicólogo, enquanto profissional no Brasil, tem uma história muito recente, apesar de o ensino da Psicologia ser feito desde o ano de 1930 nas escolas normais dos Institutos de Educação do país, foi somente em 1962 – por força da Lei Federal nº 4.119 – que a Psicologia passou a existir como profissão. No ano de 1964 foi regulamentada a formação do psicólogo e seu exercício profissional pelo Conselho Federal de Educação, com o Decreto nº 53.464. O Brasil, assim como outros países, concebeu uma legislação que regula a profissão em todo seu território nacional e apenas há duas décadas recebeu o título de especialidade em Psicologia Hospitalar pelo CFP, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) nº 02/2001 (CFP, 2001).

O conceito de Psicologia Hospitalar é uma apropriação exclusivamente brasileira, em outros países ela configura-se apenas como Psicologia da Saúde, compreendida como o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento (CASTRO; BORNHOLDT, 2004; SIMONETTI, 2004).

No contexto hospitalar há três relações que interessam à Psicologia: o paciente, a família e a equipe; onde o psicólogo deve atuar como um mediador entre eles, uma vez que ele escuta a todos (CAMON, 2004).

Então, a atuação do psicólogo brasileiro confirmou-se primeiramente na esfera privada, tendo a prática psicoterápica como principal instrumento de trabalho. Portanto, era compreensível que a área clínica consistisse na principal fonte de interesse

profissional da grande maioria dos psicólogos ingressantes e concluintes dos cursos de Psicologia.

Porém, a partir do ano de 1980, a saúde pública passou a ser um campo de absorção para a Psicologia (MARCON; LUNA; LISBOA, 2004). É importante ressaltar que as políticas de saúde no Brasil são centradas no hospital desde a década de 1940, em um modelo que prioriza as ações de saúde via atenção secundária (modelo clínico/assistencialista), e deixa em segundo plano as ações ligadas à saúde coletiva (modelo sanitarista), sendo o hospital o símbolo máximo de atendimento em saúde, ideia que, de alguma maneira, persiste até hoje.

Nas primeiras teses acadêmicas sobre psicossomática, a Psicologia era concebida apenas como suporte teórico à prática médica. Os médicos não levantavam a possibilidade de um novo campo de atuação, muito menos a criação de cursos em que se estudasse somente Psicologia, sendo esta considerada um domínio da ciência médica, contribuindo para a compreensão dos aspectos mentais e da integração entre corpo e mente (LHULIER, 2003).

Assim, o psicólogo na saúde pública ligou-se à área da saúde mental, principalmente junto aos hospitais psiquiátricos, priorizando-se o modelo de atuação clínico. Nesse espaço, o psicólogo ocupava um papel secundário diante da primazia do tratamento médico, sendo a avaliação psicodiagnóstica sua principal forma de atuação profissional (LO BIANCO, 1994).

A formação profissional direcionou o psicólogo para modelos de atuação bastante limitados para o setor da saúde, modelos responsáveis, em parte, pelas dificuldades de o profissional lidar com a demanda da clientela das instituições de saúde, e até de adaptar-se às condições do perfil profissional exigidas pelo SUS. Tais modelos de atuação são menos flexíveis às influências do mercado e às necessidades sociais, pois se encontram muito aprofundados na identidade e cultura profissional do psicólogo e ao processo de institucionalização das organizações corporativas (DIMENSTEIN, 2001).

Tanto é que a entrada do psicólogo nas instituições públicas de saúde, apesar de ter ampliado seu campo de trabalho, parece não ter alterado os modelos teóricos e práticos que fundamentam sua atuação. Ou seja, não houve uma contextualização, revisão ou até mudança nas suas formas tradicionais de atuar. Então, há dificuldade em construir novas práticas voltadas para a produção social da saúde e da cidadania, práticas comprometidas com o bem-estar social (DIMENSTEIN, 2001).

Mais que uma atuação determinada por uma localização, a Psicologia Hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento – aquele que se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um real, de natureza patológica, denominado doença (SIMONETTI, 2004)

Sebastiani (2001) coloca que o psicólogo hospitalar deve ter características próprias, adequadas e específicas ao hospital que, por sua vez, interfere diretamente na inserção e no desempenho técnico do profissional. Isso porque, tecnicamente, o Psicólogo Hospitalar diferencia-se do Psicólogo Clínico em alguns pontos fundamentais, a saber: instituição permeando a atuação, obrigatoriamente multiprofissional (interdisciplinar ou transdisciplinar); dinâmica de trabalho com multiplicidade de solicitações; ambiente de ação aberto e variável; tempo impondo limites; sobreposição do sofrimento orgânico-psíquico; imposição vs opção do acompanhamento psicológico, iminentemente focal e emergencial, predominantemente egóica; morte e o morrer como parceiros constantes na rotina de trabalho; abrangência maior de conhecimentos específicos e possibilidades múltiplas de intervenção paciente-família-equipe-instituição.

Pode-se concluir, então, que a atuação do Psicólogo Hospitalar está diretamente determinada por limites institucionais, pois este terá que lidar com regras, rotinas, condutas específicas, dinâmicas que devem ser respeitadas e seguidas, limitando ou impondo rotinas diferentes às possibilidades de atuação do profissional. Deve, portanto, inserir-se na equipe de saúde, não num movimento de simplesmente incluir-se, mas sim de fixar-se, afirmar-se e interagir. Torna-se obrigatória a interação com os demais profissionais e seus respectivos procedimentos, exigindo-se uma flexibilidade do psicólogo (SEBASTIANI, 2001).

Este também deve lidar com as variadas solicitações do hospital, podendo estar ora em um cenário, ora em outro. Isso demanda rápida e consistente capacidade de ação, e a técnica mais viável e utilizada, desde os primórdios, é a norteada pela Psicoterapia Breve (PB) que, segundo Almeida (2013), é uma intervenção terapêutica com tempo e objetivos limitados.

Os objetivos são estabelecidos a partir de uma compreensão diagnóstica do paciente e da delimitação de um foco, considerando-se que esses objetivos são passíveis de serem atingidos num espaço de tempo limitado (que pode ou não ser preestabelecido), por meio de determinadas estratégias clínicas.

Na realidade hospitalar, são eleitos, junto ao paciente, focos principais a serem trabalhados, considerando primordialmente o momento do indivíduo e todas as características da situação especial e crítica da doença e hospitalização. A intervenção psicológica não visa à abordagem profunda, mas foca no momento vivido e nas respostas (ou ausência delas) manifestadas pelo paciente.

Não se deve esquecer o quão importante é que cada atendimento contenha um fechamento coerente com as necessidades emergentes no “aqui e agora”. Cada indivíduo possui em sua história e subjetividade, formas melhores ou piores de enfrentar o adverso, o que interfere no seu estado físico e global, bem como, na forma de utilizar mecanismos adaptativos e de enfrentamento (SEBASTIANI, 2001).

Assim, é importante não só pensar no sentido estrito do trabalho do psicólogo junto ao doente e sua hospitalização, mas também refletir no âmbito institucional e no contexto ampliado em que se insere o paciente. Para isso, o psicólogo inserido em uma equipe multiprofissional vê a importância de um espaço profissional que tenha uma compreensão mais ampliada acerca de indivíduo-família-equipe, com intervenções que extrapolem o campo do hospital.

Neste cenário, o psicólogo tem uma função ativa e real, e não meramente interpretativa, sua atuação dá-se ao nível de comunicação, reforçando o trabalho estrutural e de adaptação do paciente e seu familiar no enfrentamento de crise. Nesse sentido, a atuação deve ser direcionada em nível de apoio e atenção, compreensão e suporte ao tratamento, além de clarificação de seus sentimentos, esclarecimentos sobre a doença e tratamento e fortalecimento dos vínculos familiares.

2.6.1 O Papel do Psicólogo Hospitalar Mediante às Situações de Crise

O adoecimento traz uma desorganização da vida do paciente provocando varias transformações em sua subjetividade, essa desorganização pode envolver mudanças de hábitos de identidade, portanto, junto com a equipe multidisciplinar surge a figura do psicólogo, com o intuito de escutar e acolher o sofrimento do paciente frente às principais dificuldades que esta fase apresenta (CHIATTONE, 2011).

O objetivo da Psicologia Hospitalar é auxiliar o paciente em seu processo de adoecimento, visando à minimização do sofrimento provocado pela hospitalização; devendo prestar assistência ao paciente, seus familiares e a toda equipe do serviço,

levando em conta um grande leque de atuação e a pluralidade das demandas (CHIATTONE, 2011).

A Psicologia Hospitalar, por ser uma área que trabalha diretamente com a subjetividade e sofrimento do outro, exige que o psicólogo entenda os limites de sua atuação, para não se tornar um dos elementos invasivos provenientes da hospitalização, bem como promover a humanização e a transformação social no ambiente hospitalar, sem ficar preso nas teorizações que isolam conflitos mais amplos (ESTIVALET, 2000).

Esse tipo de prática coloca o profissional de psicologia em contato direto com pacientes que possuem vários questionamentos e sentimentos de raiva, que afetam tanto ele quanto seus familiares. A hospitalização retira o paciente e sua família de um lugar seguro, de sua casa, seu trabalho para um ambiente hostil, frio e impessoal (BARBOSA; FRANCISCO; EFKEN, 2007).

Portanto, na medida que o adoecer os afasta de sua condição de saúde e segurança, acabam vindo à tona sentimentos de vulnerabilidade que, em situações de emergência e crise, fica mais real e necessita de uma atuação efetiva.

Ser acometido por uma doença coloca paciente e familiares em contato com duas incertezas: o sofrimento e a morte, trazendo a sensação de não ser dono de si, gerando sentimento de impotência e limitação. Em situações de crise esses sentimentos são intensificados.

Algumas situações impactam com tanta violência o paciente ou seu familiar que o estado emocional acaba sendo extremamente afetado e entram em crise, gerando várias manifestações psíquicas e comportamentais como: medo, desespero, impotência, frustração, raiva, negação e desamparo.

Crise vem da palavra grega "*krisis*", que tem o significado de "decisão" e pode ser definida como um estado de desequilíbrio emocional, em que o paciente vê-se incapaz de usar seus recursos de enfrentamentos normais (PARADA, 2004).

Vivenciar uma crise é normal no dia a dia, mas quando esse equilíbrio é rompido, instaura-se a crise, uma manifestação violenta e repentina da ruptura do equilíbrio, trazendo sentimentos desorganizados, desesperança, tristeza, confusão e pânico (WAINRIB; BLOCH, 2000).

Portanto, a crise é, sem dúvida, uma condição de reação frente a uma situação de perigo (hospitalização, doença, diagnóstico, morte), capaz de ameaçar a integridade do paciente e pode apresentar sinais e sintomas clínicos em resposta ao

estado provocado pela crise, necessitando da intervenção do psicólogo para sua resolução (MORENO, 2003).

A intervenção psicológica em situações de crise é um procedimento que vai exercer influência no funcionamento psicológico do paciente durante o período de desequilíbrio, aliviando o impacto direto da situação crítica vivenciada.

O objetivo é ajudar a acionar a parte saudável preservada do paciente, lembrando sempre que, nos momentos de crise, as defesas estão falhas e desativadas (LIRIO; VEJA, 2002).

Os psicólogos hospitalares que atuam em situações de crise devem ser ativos e diretos, ágeis e flexíveis, a fim de colocar em prática ações para a minimização da crise instaurada e para ajudar na superação das múltiplas dificuldades que possam surgir (MORENO, 2003).

O impacto de uma situação crítica que gera uma crise modifica o comportamento e as reações emocionais desses pacientes ou familiares, podem oscilar do pânico ao abatimento, de acordo com as características de cada um. Portanto, o psicólogo hospitalar pode auxiliá-los no enfrentamento do evento traumático, amenizando os efeitos negativos (RODRIGUEZ, 2003).

O apoio emocional é importante para evitar sequelas que possam trazer consequências a esses pacientes/familiares, uma vez que intervir em uma situação de crise ajuda a mobilizar os próprios recursos para superar a situação e recuperar o equilíbrio emocional (RAFFO, 2005).

2.7 O PSICÓLOGO E A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

A UTI teve início na década de 1950, quando houve uma grande epidemia de poliomielite na Europa e na América do Norte, para proporcionar assistência adequada quanto a ventilação para os pacientes. Foram criadas, nos EUA, as Unidades de Assistência Ventilatória que, posteriormente, dariam origem à UTI e à CTI.

Partindo desse pressuposto, a enfermeira Florence Nightingale descreveu a necessidade de uma ala separada dentro do hospital para pacientes em recuperação de cirurgia durante a guerra da Crimeia (FONSECA, 2010). Nesse sentido, as UTI passaram a ser destinadas aos pacientes mais graves, que corriam risco de vida e que necessitavam de maior vigilância e melhor atendimento.

A UTI é caracterizada como um fruto extraordinário do avanço que as ciências médicas e sua tecnologia atingiram. Constata-se então que o conceito de UTI surge da percepção de que era mais seguro isolar certos pacientes em estado grave numa sala especial, a fim de melhorar a manutenção da saúde, com uma equipe especializada e com equipamentos específicos, além dos recursos materiais e tecnológicos necessários.

Até hoje permanece o objetivo de concentrar três componentes críticos: pacientes mais graves com possibilidade de recuperação; equipamento técnico mais caro e sofisticado e; equipe com conhecimento e experiência para cuidar desses pacientes e lidar com toda aparelhagem (FONSECA, 2010).

Quando a UTI iniciou, todo suporte e aparelhagens criados eram bem precários, ocorrendo um alto índice de mortalidade. Porém, com o avanço tecnológico e com drogas cada vez mais poderosas, a prática na UTI tornou-se cada vez melhor e o local aonde as pessoas iam para morrer começou a ter maior taxa de sobrevivência.

No Brasil, as UTI começaram a aparecer na década de 1970, em que havia uma política governamental voltada à modernização e ao desenvolvimento (LIMA et al., 2006).

Atualmente, as UTI continuam sendo lugares onde se internam doentes graves, mas que possuem um prognóstico favorável para viver, são pessoas que se encontraram entre o limite da vida e da morte, necessitam de recursos técnicos e humanos adequados para sua recuperação.

Por ser um lugar onde a urgência predomina, o setor acabou sendo conhecido como um local frio e hostil, além de trazer um desamparo muito grande, uma vez que os profissionais estão mais preocupados com a vida do paciente, e isso acabou restringindo o contato humano entre equipe, paciente e família.

Diante disso, na década de 1980 começou a aparecer a necessidade e a preocupação com essa situação, uma preocupação em adotar prática médica mais humanizada dentro do setor, pois, apesar de possibilitar uma recuperação orgânica, a UTI traz uma desestabilização para o equilíbrio emocional, podendo provocar alterações psicológicas e psiquiátricas (SEBASTIANI, 2003).

Segundo Angerami-Camon (1994), as rotinas impessoais na UTI, os procedimentos invasivos e a situação de morte iminente, trazem um sofrimento ao indivíduo, gerando dor, ansiedade, medo e isolamento, podendo influenciar na enfermidade do doente.

Com o crescimento do trabalho em equipe e de um modelo mais humano, o profissional de Psicologia vem cada vez mais adquirindo espaço importante na área da saúde e dentro dos hospitais. Como o setor de terapia intensiva apresenta uma rotina acentuada de trabalho e um clima sempre de tensão, por lidar com vida e morte o tempo todo, ocorrem manifestações psíquicas e comportamentais na tríade paciente-família-equipe.

Por volta da década de 1970, houve a necessidade do trabalho do psicólogo abrir suas portas para outras perspectivas, saindo do espaço da clínica para outras áreas e a da saúde é uma das que vêm se destacando desde então. Com isso, os trabalhos em equipe também aumentaram e o profissional da Psicologia passou a fazer parte de equipes hospitalares e atuar dentro de UTI (SEBASTIANI, 2003).

Ainda de acordo com Sebastiani (2003), os setores fechados, como as UTI, apresentam fatores que mobilizam sentimentos perturbadores e que podem ser compreendidos e neutralizados pela pronta intervenção do psicólogo.

Os setores de terapia intensiva, por serem lugares que levam o estigma de morte, por toda sua história, acabam gerando um grande desequilíbrio psicológico, podendo até acarretar manifestações psiquiátricas decorrentes da própria rotina do setor: barulhos dos aparelhos, impessoalidade, situações de morte iminente, solidão, desamparo, medo, ansiedade, frustração, etc. Nesse cenário, o paciente acaba perdendo sua identidade, tornando-se apenas um caso clínico, um leito, trazendo vulnerabilidade e dependência, o que se torna assustador e invasivo (SEBASTIANI, 2003).

É importante ressaltar também que, na UTI, existe uma junção dos objetivos para salvar vidas, em que todos os profissionais dentro do setor têm um mesmo adversário: a doença, e se juntam para combatê-la. E, diante de tudo isso, o paciente, como foi dito acima, acaba apresentando muitas manifestações psíquicas e comportamentais, necessitando da atuação do profissional da Psicologia para auxiliar nesse momento de crise, atuar tanto com o paciente quanto com a família e a equipe (ANGERAMI-CAMON, 1998).

Nesse sentido, o psicólogo pode ajudar no impacto da doença e intervenção, facilitando o fluxo de emoções e reflexões, detectando focos de estresse e favorecendo a compreensão do momento vivenciado, dando suporte e acolhimento, além de uma escuta diferenciada, ajudando a minimizar o sofrimento.

2.7.1 O Psicólogo Frente à Notícia de ME e Doação de Órgãos e Tecidos

Um dos aspectos cruciais quando pensamos na ME é o seu diagnóstico, pois a partir do momento em que é realizado, toda cadeia de transplantes entra em ação. A ME compreende a morte do cérebro, incluindo o tronco cerebral, que é onde está a condição primordial para que se aconteça a doação de órgãos e tecidos.

É de extrema importância que os órgãos sejam aproveitados para a doação enquanto há circulação sanguínea irrigando-os, isto é, antes que o coração “deixe de bater” e os aparelhos não possam manter a respiração do paciente (MATTIA, 2010). Por isso a necessidade de os pacientes serem mantidos nas UTI, por ser o setor que possui os aparelhos adequados e equipe especializada para tais situações.

No caso da doação de órgãos e tecidos, é um processo de longa duração para se confirmar a morte, é preciso passar por duas provas clínicas e um exame complementar, para então confirmar o diagnóstico e informar os familiares.

Portanto, são imprescindíveis o acolhimento e o acompanhamento ao familiar, para auxiliá-lo no diagnóstico da ME, ajudar no impacto da notícia, vivência do luto e para que o assunto da doação seja introduzido da maneira menos desgastante possível.

Bouso (2008) refere que o anúncio da ME deve fazer com que a família elabore estratégias que diminuam suas incertezas e que ajudem na compreensão e na aceitação da possibilidade de morte do ente querido. Compreender as mudanças nas condições clínicas do familiar e aceitar a ME são condições que se fazem necessárias para a decisão de doar ou não.

Nesses casos de ME, a internação dá-se de forma inesperada e muitas vezes o paciente apresentava-se bem, mas no momento seguinte sofreu um acidente ou um mal súbito, sendo essa forma repentina um choque para os familiares.

Quando recebem esse diagnóstico de um familiar que se apresentava saudável, eles (familiares) precisam lidar com a perda repentina e com o processo que se abre frente à doação de órgãos e tecidos. Em muitos casos, esse processo de vida/morte acaba gerando mecanismos de defesa nos familiares. A dificuldade em aceitar a condição de morte alimenta esperança e crença em uma boa recuperação.

Um dos motivos que dificultam o processo de compreensão e/ou não aceitação da ME vem do fato de o paciente apresentar batimentos cardíacos, movimentos respiratórios e temperatura corpórea. Assim, a família não percebe que o ente querido

está morto, crendo então na reversibilidade do quadro. Esta é uma questão delicada, que deve ser muito bem esclarecida (SANTOS; MASSAROLLO, 2005).

Com o diagnóstico da ME oficializado, abrem-se duas opções: efetivar a doação ou não. Se o paciente torna-se um doador, a Central de Transplantes será acionada e o processo inicia-se. Nesse momento, a equipe da OPO aborda o familiar e, segundo Mattia (2010), surge o primeiro e talvez mais importante obstáculo que a equipe encontra: o entendimento por parte da família.

Dessa maneira, Sadala (2001) relata que, com linguagem acessível para uma boa e fácil maneira de compreensão, poder-se-á garantir que os familiares farão uma escolha consciente e segura. Após a doação, para os familiares, o processo de captação e doação inicia-se com a internação e termina com o sepultamento.

A equipe e os familiares têm responsabilidades importantes nesse processo, pois é um ato normativo e um momento desencadeador de conflitos e decisões que põem em jogo toda dinâmica familiar, sem saber se pensam na morte ou se decidem pela doação.

Knihs et al. (2010) sugerem estratégias de cuidados à família no momento da perda, ME e Doação de Órgãos e Tecidos. Por isso, é importante a presença de um profissional da Psicologia, pois esse cuidado com a família é primordial, suas fantasias podem gerar desconfiâncias em relação à equipe de saúde e assim atrapalhar todo processo, por se sentirem inseguros e até enganados.

Os familiares são elementos centrais nesse processo, podendo ser obstáculos ou vítimas pela dor de uma perda traumática e esse é o grande desgaste na decisão do doar. De acordo com Ferreira (1997, p. 191):

No momento da abordagem dos familiares para o pedido de doação de órgãos, é importante que o profissional identifique o líder entre os membros da família, pois é esta pessoa que irá direcionar a decisão de concordar ou não com a doação (FERREIRA, 1997, p. 191).

Santos e Massarollo (2005), Bousso (2008) e Knihs et al. (2010) discorreram que, dado o tempo restrito que a família tem para a decisão da doação de órgãos e tecidos, geralmente a abordagem ocorre de forma precoce, logo após a notícia de ME:

Quando ocorre a entrevista para a doação de órgãos, a família encontra-se em circunstâncias de dor, sofrimento e angústia diante da perda de um ente querido. O enfrentamento da morte, associado à dificuldade em decidir sobre a doação, são situações que são impostas à família logo após a comunicação

do óbito, tomando dessas pessoas o direito de chorar a perda do familiar (KNIHS et al., 2010, p. 1321).

Toda a etapa da doação deve ser bem esclarecida, a entrevista envolve aspectos éticos, legais e emocionais. Requer profissionais preparados e sensibilizados. Como o processo de doação vem junto com a ME, os familiares precisam da certeza do diagnóstico, expressar suas dúvidas, saber como funciona toda aparelhagem do setor e o que acontece após a aceitação pela doação de órgãos e tecidos.

Santos e Massarollo (2005) dizem que os familiares que possuem maiores informações sobre a ME compreenderão com maior facilidade para pensar na questão da doação, enquanto os que não entendem podem ficar irritados ao serem abordados sobre o tema.

Por isso, necessitam de um tempo para entenderem toda situação, para a dor que estão sentindo, para lidarem com o luto e com a despedida do ente querido. E, nesse sentido, Santos e Massarollo (2005) ressaltam que a dor sentida é muito grande e o tempo é importante para se acostumar com a ideia da morte do familiar. Mas essa condição nem sempre é possível, pois a informação da morte vem seguida da solicitação do desejo de doar os órgãos e os familiares não tiveram tempo para elaborar o luto.

O processo de doação de órgãos e tecidos é demorado, e cabe à família ter paciência e compreensão numa situação tão dolorosa, em que os familiares devem ser acolhidos pela equipe de saúde. Portanto, o ato de doar que o ente querido está fazendo, é um ato de amor ao próximo.

2.7.2 Manifestações Psicológicas nos Familiares de Paciente em Morte Encefálica e Doação de Órgãos e Tecidos

De acordo com a literatura, constatou-se que os familiares com pacientes em diagnóstico de ME possuem atitudes peculiares, nas quais se observam algumas manifestações psíquicas e comportamentais (BOUSSO, 2008; CINQUE; BIANCHI, 2010; KNIHS et al., 2010; SADALA, 2001; SANTOS; MASSAROLLO, 2005).

Essas reações referem-se às situações de perda, que podem ser repercutidas no processo de luto, por existirem fantasias frente à ME e doação de órgãos e tecidos.

Com a notícia impactante do quadro de ME, a família fica sem saber o que fazer, pensar e frustrada. Então, é importante que haja uma boa informação do quadro clínico de ME facilitando, assim, a aceitação do diagnóstico até a tomada de decisão sobre a doação de órgãos e tecidos.

O adoecimento pode causar incertezas e falta de controle sobre a situação:

A perda da sensação de controle pode ser uma experiência extremamente debilitante para a família, levando a um comportamento frenético ou imobilizado. Neste período de incerteza intensa, as famílias precisam desesperadamente restabelecer a crença [...] de que têm algum controle da situação. Ajudá-los a priorizar tarefas e tomar ações diretas, tais como reunir informações sobre a doença e recursos da comunidade, é especialmente útil para auxiliá-las e restabelecerem sua sensação de domínio (ROLLAND, 1998, p. 172).

E, nessa fase inicial, o psicólogo pode auxiliar os familiares, como já foi citado, a reunir informações da evolução do quadro clínico, ajudando-os a elaborar e compreender a situação, mas sempre respeitando a forma como cada uma lida com o acontecimento.

Às vezes a família acaba negando a realidade, por achar que é mais seguro não saber de nada e, por outro lado, quando avalia a incerteza como algo insuportável na experiência, utiliza de estratégias a fim de reduzir a dor (BOUSSO, 2008). Então, alguns familiares podem entrar em um processo de negação e esta é uma defesa temporária que logo pode ser substituída pela aceitação parcial, se bem trabalhada pelo psicólogo (KLUBER-ROSS, 1997).

Quando os familiares compreendem toda a situação, todo processo de ME, conseguem considerar a possibilidade da morte real e, além disso, a comunicação sobre o início dos exames clínicos permite aos familiares uma certa preparação para o diagnóstico de ME. Segundo KNIHS et al. (2010):

No momento em que ocorrer a abertura do protocolo de ME, a família deve ser informada imediatamente. O profissional deve procurar saber o que ela sabe sobre ME e após informá-la, deverá colocar-se à disposição para dúvidas que ela ainda possa ter (KNIHS et al., 2010, p. 1322).

Nessa fase, o psicólogo pode possibilitar aos familiares realizarem rituais de despedida no contexto hospitalar. De acordo com Lisboa e Crepaldi (2003), o ritual de despedida permite que a família aproxime-se da pessoa que está morrendo, ajudando a melhorar o funcionamento emocional, dissolvendo sentimento de culpa e remorso.

O psicólogo pode ajudar os familiares a falarem sobre a morte e sobre a despedida, além de ajudar na questão de doação e auxiliar na expressão de sentimentos, como citado no texto anterior.

Cinque e Bianchi (2010) relatam também alguns estressores frente à doação de órgãos e tecidos, como familiares insatisfeitos com a equipe, recebimento da notícia de ME de forma inadequada, desconfiança do diagnóstico, conflitos durante a tomada de decisão e a demora para liberação do corpo.

Percebe-se que o diagnóstico de ME precisa ser seguramente entendido pelos profissionais, de forma a proporcionar uma comunicação clara e adequada. Pois, para tomarem uma decisão, os familiares precisam compreender que o paciente morreu (RECH; RODRIGUES FILHO, 2007). Para aceitar a doação, é necessário que enxerguem a morte do familiar.

O psicólogo pode, em cada uma dessas fases, auxiliar os familiares na reunião e na elaboração do quadro clínico, pois a sua atuação auxiliará na adaptação e no enfrentamento da perda.

2.8 BIOÉTICA

Bioética é o termo que trata de uma aproximação entre ética, medicina e biotecnologia. Atualmente muito utilizado na área da saúde, ocupa-se dos aspectos éticos relativos a vida e a morte do homem (MORI, 2012).

O direito à vida e à morte digna é uma abordagem presente desde o momento em que o homem consegue valorizar sua existência e temer o seu fim (ARAUJO, 2010). Portanto, a bioética tem como campo de preocupação as intervenções médico-científicas. Para tanto, estabelece limites éticos morais no âmbito da ação científica, tendo sempre como paradigma a dignidade da pessoa humana (KIPPER, 2006).

Segundo Bittar (2004), a Bioética é uma resposta a essas necessidades hodiernas, consistindo na avaliação crítico-moral dos avanços médico-técnico-científicos. Pode-se dizer que se constitui numa reação com vistas a estabelecer o compasso reflexivo e dialógico ao avanço de técnicas aplicadas e experimentais que sacrificam valores e conceitos humanos preexistentes ou recentemente adquiridos.

Dessa forma, a Bioética é uma resposta ética às questões suscitadas pelo desenvolvimento da autonomia do indivíduo, na não maleficência e na justiça. Segre (2002) assegura que a Bioética é parte da ética, ramo da filosofia que enfoca as questões referentes à vida humana e, tendo a vida como objeto de estudo, acaba tratando também da morte.

De acordo com Diniz (2002, p. 10),

A bioética seria, em sentido amplo, uma resposta ética às novas situações oriundas da ciência no âmbito da saúde, ocupando-se não só dos problemas éticos, provocados pelas tecnociências biomédicas e alusivos ao início e fim da vida humana [...].

Conti (2004) diz que a Bioética tem uma importante tarefa: harmonizar o uso das ciências biomédicas e suas tecnologias com os direitos humanos, isto é, as biociências e suas tecnologias devem servir ao bem-estar da humanidade e à paz mundial.

No Brasil, a Bioética é compreendida pelo modelo de princípios que adota quatro pilares: autonomia, beneficência, não maleficência e a justiça (BEAUCHAMP, 1994).

A beneficência consiste basicamente, em não causar dano. Alguns benefícios justificam certos danos, mas não qualquer tipo de dano. Diante disso, beneficência significa que sempre que um profissional propuser determinado tratamento a um paciente, deverá reconhecer a dignidade do mesmo e observá-lo em sua totalidade (RAMOS, 2009).

O princípio da justiça exige que a distribuição de danos e benefícios seja justa, refere-se à igualdade de tratamento e justa distribuição de verbas do Estado para a saúde (RAMOS, 2009).

Enquanto que o termo autonomia, refere-se à liberdade de decisão do paciente (RAMOS, 2009). A autonomia refere-se ao indivíduo e sua capacidade de decisão, como também exige da sociedade o respeito a essa decisão. Entende-se que, para decidir sobre alguma coisa, são necessários adequados entendimento e conhecimento do assunto para que o processo de análise seja realizado de forma mais inteirada da realidade, reduzindo-se os erros advindos de uma conduta ou atitude insensata, o que muitas vezes é irreversível (JUNGES, 2000).

2.8.1 Bioética, Medicina e Transplante

Como foi visto anteriormente, a Bioética vem assumindo um papel extremamente importante, pois se apresenta como fonte, parâmetro e referência para os cientistas, médicos e juristas, agregando os valores éticos e morais.

Considera-se que corresponde a uma preocupação contemporânea de aproximação entre ciência e ética, pois os avanços técnico-científicos têm colocado o homem diante de embaraçosas questões que carecem de respostas e soluções pragmáticas (BITTAR, 2004).

O seu objetivo na medicina é garantir que todas as intervenções médicas sejam realizadas dentro dos parâmetros éticos e do respeito à dignidade humana. O vínculo da medicina com a ciência demonstrou ser compensador, porém cada desenvolvimento novo traz novos problemas éticos (DRANE; PESSINI, 2005)

É inegável o progresso da medicina e da tecnologia, eles são importantes para toda sociedade humana, mas a liberdade do cientista deve sempre estar em igualdade com a autonomia e o respeito ao ser humano.

As pesquisas devem beneficiar o homem, sem violar seus direitos, vida, saúde e dignidade. E, para tanto, nada justifica o emprego de técnicas ao custo de fama e

poder. Portanto, a Bioética vem assumindo um papel importante, por ser um parâmetro a agregar valores (CORREIA, 1995).

Desde a antiguidade, o homem se interessa pelo corpo e sua luta pela superação de seus limites é cada vez maior. Por isso, percebe-se que poucos são os limites estabelecidos para que o homem não prossiga nessa caminhada e, atualmente, muitas vezes ela vem ultrapassando os limites morais, éticos e jurídicos.

Santos e Massarollo (2005) dizem que os transplantes têm trazido conflitos na área jurídica, pois, mesmo sendo de caráter humanitário, existem tantas controvérsias que acabam interferindo sob a capacidade da sociedade assimilar tal progresso.

De acordo com a ABTO (2008), o transplante representa uma evolução científica e tecnológica a favor do ser humano e da vida, mas, por acabar envolvendo questões inerentes ao ser humano, são trazidas questões éticas que devem ser tratadas.

Bandeira (2009) afirma que, mesmo que consciente de que o ser humano possui capacidade para refletir sobre sua própria existência e sobre os avanços tecnológicos, há a necessidade de que questões éticas sobre a cura devam ser examinadas com cuidado e respeito à dignidade humana.

Todas essas manifestações ocorridas nos diversos campos das ciências naturais e humanas provocam questões éticas. No caso específico do transplante de órgãos, podem-se destacar: a deontologia dos transplantes; a questões do erro médico; a real necessidade da terapêutica heroica do transplante que ainda é uma exceção; a validade da autorização emanada de um indivíduo que se encontra em uma situação psicológica especial e deve decidir sobre um novo órgão, com todas as implicações decorrentes desse ato ou tirar de si mesmo a chance de sobrevivência (BANDEIRA, 2009, p. 40).

Analisando a problemática do transplante de órgãos e tecidos sob o ponto de vista bioético, não se pode deixar de destacar o princípio da dignidade da pessoa humana como norteador de todo o tratamento dadas as questões relacionadas ao transplante de órgãos e tecidos, sendo este o princípio maior, constitucionalmente firmado.

Os atos de disposição do próprio corpo se fundamentam em valores constitucionais da saúde, da dignidade e do livre desenvolvimento da pessoa humana, de modo que somente serão merecedores de tutela se funcionalizados à realização desses interesses. Não estaria assim funcionalizando ato lesivo à integridade física da pessoa – que no caso dos transplantes pode representar a perda de um órgão – se realizado contra a vontade da pessoa lesada (MEIRELES, 2009, p. 248).

Considerando o princípio do benefício e do dano, pode-se perceber que ele tem como objetivo principal o bem-estar do paciente, devendo sempre ser afastado o mal ou o dano.

No Brasil, com relação à legislação de transplantes, adotou-se o consentimento esclarecido ou informado, pelo qual a autorização só é concedida mediante total conhecimento das implicações que esse ato pode acarretar, com esclarecimento dos aspectos técnicos, de modo que nada seja omitido para que o consentimento seja livre de vícios (BRASIL, 1997).

O consentimento do paciente é a forma de legitimar a atuação médica sob a luz do direito. E a vontade do paciente deve ser respeitada pela família, nos casos de doação *post mortem*, já que ela é a única legalmente constituída para consentir ou não a doação de órgãos e tecidos.

Se por um lado as técnicas de transplantes trazem uma boa melhora na qualidade de vida do paciente, por um outro lado trazem alguns outros problemas, de ordem médica, jurídica e ética, que passam a constituir um obstáculo. Mesmo com toda problemática envolvida nesse quesito, o Brasil é o segundo país do mundo em número de transplantes e 90% pelo SUS (BRASIL, 2011).

Este tema ainda se apresenta tímido frente ao direito à vida, saúde e às questões relacionadas à dignidade humana e ao princípio da liberdade e da solidariedade, por se tratar de assunto ligado diretamente ao ser humano e suas relações com o outro e com a sociedade.

A doação de órgãos e tecidos e o transplante são um processo complicado, que tem início com a identificação, e passa pela avaliação e manutenção do potencial doador, diagnóstico de ME, abordagem da família, documentação do diagnóstico de ME, logística do processo, remoção dos órgãos e tecidos, distribuição e finalmente o transplante (SANTOS et al., 2012).

Esse procedimento médico deve estar embasado em limites, em uma conduta bioética, encaminhada à luz de valores e princípios morais. E como a família acaba sendo uma das maiores limitações no quesito de doação, é importante ter essa discussão sobre os aspectos éticos envolvidos na abordagem.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica, de base qualitativa, natureza descritiva e do tipo de revisão integrativa da literatura. Diante da complexidade e do aumento da informação na área da saúde, tornou-se importante o desenvolvimento de artifícios, no contexto da pesquisa científica, sendo capaz de proporcionar aos profissionais uma melhor utilização das evidências em diversos estudos (WHITTERMORE; KNAFL, 2005).

Frente ao exposto, a revisão integrativa é um método que vem sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema, de forma sistemática, coordenada e abrangente (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

É chamada de integrativa, pois fornece informações mais amplas sobre um determinado assunto\problema, apresentando assim maiores conhecimentos. Pode ser utilizada com diferentes finalidades, desde definição de conceitos, revisão teórica ou análise metodológica (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Pode-se dizer, portanto, que é um método voltado ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e evidência. Com a variedade na composição da amostra da revisão integrativa em conjunto com as multiplicidades desse método, pode ser proporcionado um resultado completo de conceitos complexos, teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde, relevantes à Psicologia (BREVIDELLI; DOMENICO, 2008).

De todos os métodos de revisão, a integrativa é o mais amplo, sendo uma vantagem, pois permite a inclusão simultânea de pesquisa experimental proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse (SOUZA, 2010).

A revisão integrativa da literatura, neste estudo, buscou uma forma mais detalhada dos aspectos ligados à temática envolvendo a Psicologia, ME e oferta de doação de órgãos e tecidos, para um melhor conhecimento sobre o que tem sido estudado sobre o assunto.

Considerando a situação de ME e oferta de doação de órgãos e tecidos um fenômeno a ser compreendido, o percurso metodológico oferecido pela proposta de pesquisa de revisão integrativa em Psicologia mostrou-se extremamente adequado

para nortear este estudo. Espera-se que, a partir dessa pesquisa, o psicólogo possa produzir conhecimento científico para fundamentar a tomada de decisão sobre a melhor assistência prestada aos familiares e equipe em casos de ME e solicitação de doação de órgãos e tecidos, além de fortalecer sua atuação e profissão.

3.2 REVISÃO INTEGRATIVA

3.2.1 – Etapas da Revisão Integrativa

Para a realização da revisão integrativa da literatura, foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema e formulação da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão para a seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos finalizando com a apresentação e interpretação dos resultados (GUETTI et al., 2008).

Partindo desse pressuposto, serão apresentadas as etapas citadas em conjunto com o objetivo do estudo (LEAL et al., 2008):

1ª etapa: identificação do tema e formulação da questão norteadora: A construção da questão norteadora para a condução de uma revisão integrativa deve ser pautada em raciocínio teórico e vivências (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A elaboração das questões norteadoras da pesquisa baseou-se em problemas vivenciados na prática profissional da pesquisadora sobre o tema e intencionou descrever o papel do psicólogo no contexto, ficando descritas como: quais as atividades desempenhadas pelo psicólogo em situação de ME e solicitação de doação de órgãos e tecidos?; qual a função desse profissional na equipe?; o que tem sido publicado a esse respeito em bases indexadas de literatura científica?

2ª etapa: estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão para seleção da amostra: A busca nas bases de dados selecionadas, inicia-se após a escolha do tema frente aos critérios de inclusão e exclusão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Portanto para o presente estudo usaram-se os seguintes critérios de inclusão:

1. Estudos publicados em português, inglês e espanhol, nas bases de dados selecionadas;
2. Estudos publicados de 2008 a 2018;

3. Estudos que respondessem às questões norteadoras de investigação;
4. Estudos disponíveis *online*, artigos, teses e dissertações na íntegra.

Já os critérios de exclusão utilizados foram:

1. Estudos na forma de resumo;
2. Estudos que não se enquadrassem nos critérios de inclusão;
3. Estudos repetidos nas bases de dados selecionadas.

Realizou – se uma busca para a seleção dos artigos nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on line* (Medline), *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsic) e Biblioteca Digital da USP (teses e dissertações), no período de maio a agosto de 2018, partindo dos seguintes descritores: ME, doação de órgãos e tecidos, psicologia, psicologia da saúde, terapia intensiva e atuação, os quais foram combinados e com múltiplos termos conforme a Tabela 1, que mostra os descritores, base de dados e combinação.

Tabela 1 – Termos múltiplos e combinados utilizados no estudo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2018.

Descritores Base de dados	Psicologia, doação de órgãos	Psicologia, ME	Psicologia da saúde, ME, doação de órgãos	Psicologia, atuação, ME, doação de órgãos	Psicologia, terapia intensiva, ME	Total
Medline	2	2(2 Rep)	0	0	3(1 Rep)	7
Lilacs	6	5(2 Rep)	7(3 Rep)	2	5(1 Rep)	25
Pepsico	2	0	4(1 Rep)	0	2(2 Rep)	8
Scielo	12	16(8 Rep)	7(3 Rep)	3	6(4 Rep)	44
Teses Usp	4	5(3 Rep)	3(3 Rep)	2 (2 Rep)	5(5 Rep)	19
Total descritor	26	28	21	7	21	103
Total repetido	0	15	10	2	13	40
Total incluso						64
Total excluso						39

Fonte: Elaborado pelas autoras.

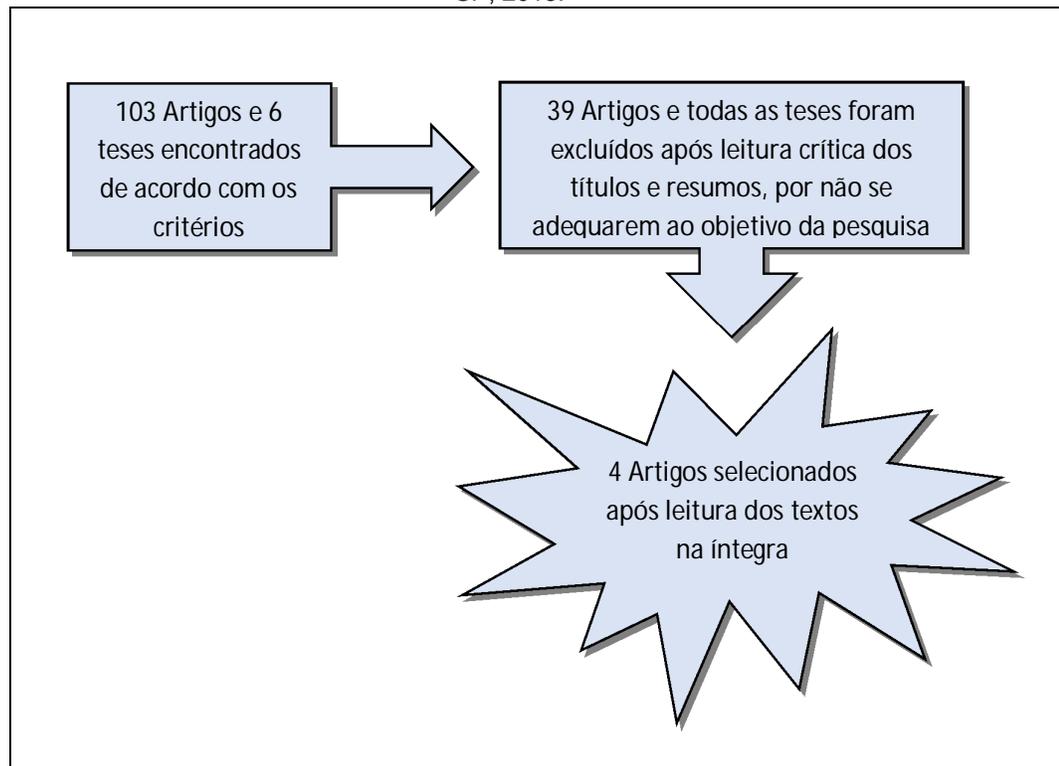
3ª etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados: Essa etapa consiste na coleta de dados e, para tanto, foi preciso uma seleção dos estudos. Primeiramente avaliou-se o título e/ou resumo. Caso fosse ao encontro das questões norteadoras e objetivos, passava-se à leitura na íntegra, identificando os resultados relevantes. Após a leitura, foram classificados os estudos

que mais se inseriam dentro da pesquisa, considerando os estudos clínicos, descritivos ou experimentais e não experimentais.

Os dados dos artigos foram organizados pela pesquisadora contendo: autor, descritor, base de dados, ano e fonte. Após, foram extraídos os indicadores constantes, os quais atenderam à proposta da pesquisa, nivelando esta em apenas 4 artigos, conforme Figura 5, abaixo.

Após essa etapa, produziu-se o Quadro 3 contendo: autor, ano, fonte e os resultados relevantes para, em seguida, agrupar os indicadores relacionados ao processo de ME, doação de órgãos e tecidos e atuação do psicólogo.

Figura 5 – Seleção dos artigos nas bases de dados: Lilacs, Medline, Scielo, Pepsic. Ribeirão Preto, SP, 2018.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quadro 3 – Informações extraídas dos estudos selecionados. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Fonte	Lilacs	Medline	Pepsic	SciELO
Autor e ano	MARTINS; VALENTE; CALAIS, 2016	COELHO; SILVA, 2013	TORRES; LAGE, 2013	SILVA; JUNIOR, 2014
Título	As possibilidades de intervenção do psicólogo em favor dos procedimentos de doação e transplantes: um relato de experiência	Considerações da psicologia hospitalar sobre a entrevista familiar na doação de órgãos e tecidos	Manifestações psicológicas de familiares com pacientes em morte encefálica	A atuação do psicólogo junto à equipe de saúde em unidades de transplantes
Objetivo	Conscientização e sensibilização social para a doação e o transplante de órgãos e as possibilidades de atuação do psicólogo	Levantar estudos que falem sobre o papel do psicólogo em equipes de captação e doação de órgãos e buscar aspectos psicológicos da doação	Compreender as manifestações psicológicas de familiares com pacientes em ME	Importância da atuação do psicólogo em unidades de transplantes
Resultados	Diminuição na fila de doação, esclarecimento sobre o tema, orientação	Observou-se a importância do psicólogo nesse contexto, pois auxilia na relação direta a captação de órgãos, ajuda na escuta e acolhimento e sentimentos de perda e luto	Necessidade de acompanhamento psicológico nesses casos	O atendimento psicológico facilita o trabalho da equipe e auxilia os familiares

Fonte: Elaborado pelas autoras.

4ª etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa: Após estes momentos, coube à pesquisadora discutir e comunicar os resultados por duas maneiras, paralelamente: a elaboração dos dados, pela qual poderá salientar os diferentes constituintes, como se relacionam entre si e como é que estão diretamente ligados aos dados brutos da investigação e o diálogo com a literatura, no qual o investigador coloca-se perante a literatura sobre o tema de estudo (VECCHI, 2014).

5ª etapa: interpretação dos resultados: Essa fase corresponde à etapa de discussão dos principais resultados, o revisor fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos realiza a comparação com o conhecimento teórico, identificando conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa (VECCHI, 2014).

6ª etapa: síntese do conhecimento: Reunir e sintetizar as evidências disponíveis na literatura, principais resultados evidenciados das análises dos estudos incluídos (VECCHI, 2014).

4 RESULTADOS

Para a obtenção dos resultados, foi inicialmente realizado um cruzamento dos descritores listados durante a busca nas bases de dados, o que inicialmente permitiu identificar 103 artigos e 6 teses. Entretanto, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e o refinamento posterior da busca, foram obtidos 4 artigos, os quais foram lidos e relidos na íntegra, e catalogados conforme o Quadro 4, que resume seus atributos gerais.

No Quadro 4 foram identificados: autores, ano de publicação, título, base de dados encontrada, hipótese do trabalho, tipo de estudo e a revista de publicação.

Quadro 4 – Artigos identificados em revisão bibliográfica do estudo “A atuação do psicólogo frente a situação de ME e solicitação de doação de órgãos e tecidos: uma revisão integrativa da literatura”, Ribeirão Preto, SP, 2018

Autores	Ano	Título	Base de Dados	Importância do psicólogo no momento da comunicação de ME e oferta de doação de órgãos e tecidos	Tipo de Estudo	Revista
MARTINS; VALENTE; CALAIS	2016	As possibilidades de intervenção do psicólogo em favor dos procedimentos de doação de órgãos e transplantes: um relato de experiência	Lilacs	Demonstrou como o atendimento psicológico ajuda na conscientização da doação	qualitativo	Pesquisas e práticas psicossociais
TORRES; LAGE	2013	Manifestações psicológicas de familiares com pacientes em morte encefálica	Pepsic	Intervenções realizadas pelo psicólogo	qualitativo	Revista de Psicologia
SILVA; JUNIOR	2014	A atuação do psicólogo junto a equipe de saúde em unidades de transplantes	SciELO	Mostrar como a atuação do psicólogo e importante nessas situações	qualitativo	Ciências biológicas e da saúde
COELHO; SILVA	2013	Considerações da psicologia hospitalar sobre a entrevista familiar na doação de órgãos e tecidos	Medline	Como o psicólogo atua na abordagem com os familiares	qualitativo	Jornal Brasileiro de transplante

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os artigos selecionados foram publicados no período de 2008 a 2018 de acordo com as bases de dados selecionadas. Para nortear a discussão, foram identificados três aspectos baseados nas questões norteadoras: atividade desempenhada pelo psicólogo em situações de ME e oferta de doação de órgãos e tecidos; sua função na equipe e com os familiares; e publicação sobre o tema.

Apresentando a busca empreendida na base de dados, retornou um artigo em cada base pesquisada: Scielo, Lilacs, Pepsic e Medline. O Quadro 4 apresentou a caracterização geral dos artigos selecionados e corresponde a uma pesquisa realizada na última década.

Todas as publicações são de origem brasileira, em número pequeno, sugerindo que os trabalhos desenvolvidos sobre a função do psicólogo frente à ME e oferta de doação de órgãos e tecidos têm sido pouco realizada. Vale ressaltar que nos estudos norte-americanos não é o psicólogo quem atua nessas situações, lá eles chamam o profissional, no caso enfermeiro(a), de agente da saúde (CASTRO; BORNHOLDT, 2004).

Frente aos autores e anos das publicações, os quais foram publicados entre os de anos 2013 e 2017, sendo que dos 4 artigos discutidos temos: 1 do ano de 2016 (MARTINS; VALENTE; CALAIS), 1 de 2014 (SILVA; JUNIOR), e 2 do ano de 2013 (TORRES; LAGE e COELHO; SILVA). Portanto, a maioria dos estudos são considerados recentes.

Quanto ao delineamento metodológico, houve predomínio dos estudos que realizaram revisões bibliográficas (COELHO; SILVA, 2013; SILVA, JUNIOR, 2014; TORRES; LAGE, 2013). O outro estudo realizado foi de um relato de experiência (MARTINS; VALENTE; CALAIS, 2016). O relato de experiência descreve, precisamente, uma dada experiência que possa contribuir de forma relevante para a sua área de atuação (MARTINS; VALENTE; CALAIS, 2016). Frente a isso, podemos dizer que este estudo demonstrou haver pouca prática descrita frente ao tema, mostrando a necessidade de maiores estudos apresentando a atuação do psicólogo.

Com relação à caracterização dos estudos encontrados, observou-se que a população foi composta de profissionais da área da saúde, predominantemente enfermeiros, e os familiares de pacientes em ME e solicitação de doação de órgãos e tecidos.

Observando os objetivos dessas pesquisas, percebeu-se que os estudos de revisão bibliográfica dedicam-se a descrever os aspectos psicológicos presentes na

doação de órgãos e tecidos e a atuação do psicólogo nessas situações, além das manifestações psicológicas presentes, porém, de forma breve e sucinta. Já o relato de experiência visa analisar os procedimentos frente às doações de órgãos e tecidos e a atuação do psicólogo frente a essa situação.

Nesse sentido, há muito sentimento e conflito envolvidos em todo esse processo crítico, além de destacarem muito sobre a enfermagem e as vivências dos profissionais, mas, se considerarmos apenas os que falam somente da psicologia, não encontraríamos nada específico no contexto de ME e oferta de doação de órgãos e tecidos.

Ainda com relação aos objetivos dos estudos analisados, observou-se que em grande parte deles existe uma preocupação com a equipe que trabalha nas situações de ME e oferta de doação de órgãos e tecidos, além dos familiares, que também merecem atenção psicológica em razão dos sentimentos desencadeados pelo impacto da notícia de ME e oferta de doação de órgãos e tecidos.

Outra questão evidenciada refere-se à atuação do psicólogo em casos de ME e oferta de doação de órgãos e tecidos, no sentido de compreender e auxiliar, evidenciando a importância do psicólogo nessas situações críticas.

No que se refere à atuação do psicólogo, todos os autores dos artigos selecionados concordam que deve dar-se no sentido de auxiliar (equipe e familiares), trabalhando sentimentos, notícias, orientações, etc. frente ao quadro, e que esta atuação diferencia-se da prática clínica do psicólogo. Com isso, a Psicologia atua de modo a permitir que elaborem o luto, lidem com seus medos, frustrações, inseguranças e culpas.

Ressalta-se que alguns autores (MARTINS; VALENTE; CALAIS, 2016; TORRES; LAGE, 2013) descrevem sobre a função do psicólogo junto à equipe, a fim de intermediar os diálogos entre equipe e família e questões ligadas aos sentimentos apresentados frente aos quadros de ME e oferta de doação de órgãos e tecidos.

5 DISCUSSÃO

Para a discussão dos resultados, fez-se uma divisão em 3 temas baseados nas questões norteadoras, os quais foram relacionados com os artigos selecionados na pesquisa e baseados na vivência da pesquisadora.

5.1 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE À SITUAÇÃO DE ME E OFERTA DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

A morte repentina, como no caso da ME é a precursora da doação de órgãos e tecidos, é a condição primordial para que haja a doação. Para isso, é necessário que os órgãos sejam doados enquanto ainda há circulação sanguínea irrigando-os (LAMB, 2000).

A morte por si só é vista com resistência e no caso da ME acaba sendo mais agressiva, repentina, trazendo angústia e desolação. As famílias, ao receberem o diagnóstico de ME, vivenciam uma espécie de impacto, desespero, negação, o que muitas vezes leva a não aceitar e compreender a realidade (COSMO; KITAJIMA, 2008).

Nesses casos, quando os familiares recebem o diagnóstico de ME, geralmente o parente apresentava-se bem e saudável (antes de um acidente ou mal súbito) e, com isso, precisam lidar não apenas com a perda repentina, mas também com todo processo que há em volta dessas situações.

De acordo com Coelho e Silva (2013), e Gonçalves e Ribeiro (2011), a intervenção do psicólogo é de grande valia para familiares enlutados, para que possam vivenciar esse momento de uma forma mais saudável psicologicamente.

Outro dado importante frente à ME está relacionado ao conceito do seu diagnóstico, que dificulta a tomada de decisão dos familiares frente à doação. Uma vez que autorizar a doação é uma situação complexa, pois muitas vezes podem achar que estão autorizando a morte de seu familiar.

Nesse sentido, como muitas vezes os familiares não compreendem o conceito de ME, acabam dificultando a autorização, por se tratar de uma situação difícil e complexa (MORAES; GALANI; MENEGHIN, 2009).

Um dos artigos selecionados (COELHO; SILVA, 2013), registra que compete ao psicólogo intervir nas repercussões emocionais, além de participar e assessorar a

equipe quanto à tomada de decisão referente às condutas adotadas, a fim de promover apoio e segurança aos familiares.

Nesse processo de vida e morte, a família acaba fazendo uso de mecanismos de defesa – a negação é o mais comum deles –, pois a dificuldade de a família aceitar a condição de ME acaba gerando uma falsa esperança de recuperação, crendo na reversão do quadro. Portanto, é necessário acolher os familiares, para trazer-lhes confiança e adaptação diante da nova realidade.

Outros autores relatam que, frente à atuação do psicólogo em situações de ME e oferta de doação de órgãos, uma importante atuação desse profissional é a conscientização e a ajuda na hora de a equipe dar a informação aos familiares e esse tipo de atuação está articulado aos programas de Atenção Primária em Saúde e Educação Permanente em Saúde (MARTINS; VALENTE; CALAIS, 2016).

É nesse momento crítico que a equipe de captação de órgãos (OPO) entra e aborda o familiar. Então, vê-se se ele realmente entendeu o diagnóstico de ME, uma vez que é um momento decisivo e de grande impacto e responsabilidades, pois ao mesmo tempo que a família perde um ente querido, precisa resolver se doará ou não os seus órgãos.

O psicólogo nesse contexto é de grande valia, uma vez que irá atuar junto à equipe auxiliando no diagnóstico (como já foi citado anteriormente) e junto aos familiares, acolhendo-os e orientando-os.

Esse cuidado com a família é importante, pois ela emerge como elemento central na doação de órgãos e tecidos, as etapas da doação devem ser devidamente esclarecidas pela OPO para poderem decidir de forma consciente. Traduz-se no momento que irão ser desmistificadas suas fantasias e ansiedades, onde, mais uma vez vê-se a necessidade de atuação do psicólogo.

Silva e Junior (2014) falam do impacto do diagnóstico e como os familiares enfrentam a perda nessas situações, pois são obrigados a elaborarem um luto rapidamente e tomar uma decisão, por isso, mais uma vez vê-se a necessidade de um profissional de psicologia estar junto na equipe.

De acordo com Ladessa (2015), o acolhimento familiar é essencial no momento da notícia de diagnóstico de ME, para dar suporte ao familiar e vivenciar a perda de um ente querido e para que o assunto sobre a doação seja esclarecido.

Corroborando com Ladessa (2015), Torres e Lage (2013) relatam que a ME é diferente de doação de órgãos e tecidos e, nesse sentido, o papel do psicólogo é

importante, ele é o profissional capaz e disposto e com seu olhar na subjetividade, compreende o outro com sua experiência e dos significados do mundo. Enquanto o atendimento à família doadora, o psicólogo pode acompanhar desde a internação até a entrega do corpo e, no caso da doação positiva, acompanha os familiares em suas necessidades emocionais, por meio do acolhimento e escuta.

A doação de órgãos e tecidos deixa marcas e tomar essa decisão não é fácil para os familiares, o medo é presente, desamparo, pânico, irritação, desconfiança, esperança, etc.; um turbilhão de sentimentos aparecem, gerando um desequilíbrio na dinâmica familiar. Por isso, a necessidade de um acompanhamento de perto do profissional da Psicologia, a fim de que o luto seja preparado de um modo saudável e a doação seja com o mínimo de sofrimento possível. Com o acompanhamento adequado, a decisão acaba sendo mais fácil.

Saldanha (2013) ressalta a importância do psicólogo, reitera que a equipe ouve as angústias e temores dos familiares, mas somente o psicólogo é quem possui o olhar e o cuidado na escuta. Os familiares e os pacientes precisam de zelo da equipe e da intervenção psicológica.

Torres e Lage (2013) dizem que o psicólogo pode favorecer os familiares enlutados a falar sobre a morte e o processo de despedida, sendo assim a orientação psicológica nesses casos é imprescindível, pois respeita a vontade do outro, os limites e a fora de cada familiar lidar com essas situações.

MARTINS, VALENTE e CALAIS (2016), reforça a importância da atuação do psicólogo frente a situações de ME e doação de órgãos e tecidos, e descreve a necessidade de se levar em conta que o momento de realização da entrevista para a doação coincide com um período de luto vivenciado pela perda de um familiar, demandando uma abordagem psicológica cautelosa (SADALA, 2004).

5.2 DEMONSTRAR A FUNÇÃO DO PROFISSIONAL PSICÓLOGO NA EQUIPE

A equipe que trabalha nos casos de ME e oferta de doação de órgãos e tecidos, geralmente são os profissionais da UTI e da OPO. No caso da equipe relacionada à UTI, por ser um setor de ambiente intenso frente às gravidades dos quadros clínicos, a equipe está exposta a uma carga e cobranças familiares e deles próprios. Existe uma dualidade de sentimentos – poder de salvar vidas, com sentimento de perda e

impotência – e nesse sentido a participação do profissional psicólogo é importante para que haja na equipe uma busca de harmonia e equilíbrio em sua atuação.

Uma das funções do psicólogo na equipe é estimular a perceber as dificuldades em lidar com situações críticas, atuando em momentos de angústia, com o suporte psicológico, visando ao fortalecimento profissional.

Nesse sentido, a informação do diagnóstico de ME é extremamente importante ser dado por um profissional habilitado e preparado, pois, a partir desse momento, começa a possível doação e, se o familiar não apresentar confiança na equipe, pode interferir em todo o resto do atendimento. Trata-se de uma etapa que traz muitas dúvidas aos familiares e o profissional deve estar preparado para desfazê-las, compartilhando sentimento e viabilizando a doação. O profissional de psicologia atua como um mediador na informação, ajudando os familiares a entenderem o linguajar médico.

Silva e Junior (2014) trazem que o psicólogo, nesses casos, apresenta uma compreensão ao familiar a respeito da doença do paciente, no caso o diagnóstico de ME, o tratamento a ser utilizado a partir daí e a possibilidade de doação de órgãos e tecidos.

Ainda de acordo com Silva e Junior (2014), o psicólogo atuará como facilitador do fluxo de emoções dos familiares e detectará os pontos de estresse, sinalizando à equipe essa situação, a fim de minimizar e evitar possíveis desconfiâncias e fortalecer o vínculo entre equipe e familiar.

Como mencionado acima, o psicólogo deve ajudar a equipe a vivenciar essa situação de forma mais tranquila, para que saibam como auxiliar os familiares em todo o processo. O psicólogo deve estar atento aos familiares e à equipe, para que consiga entender o que se passa com cada um deles e possa auxiliar da melhor forma possível.

Nesse momento, a decisão da família é complexa e determinante para a decisão final. Portanto, o tratamento da equipe médica antes e pós óbito, a atenção que é dada aos familiares, a forma como é oferecida a possibilidade de doação são de extrema importância. É válido lembrar que o papel do psicólogo não é de convencer e sim de ajudar a enxergarem as possibilidades e poderem tomar a decisão.

A equipe da OPO também mantém contato direto com os familiares durante o período de internação do potencial doador, eles irão abordar o tema da doação, explicar todos os passos, para que, se aceita, correr contra o tempo para retirada de

órgãos e envio para o possível transplante. Nesse ínterim o psicólogo também atua junto aos familiares minimizando o sofrimento e preparando-os para a decisão, seja positiva ou não. Portanto, para uma boa tomada de decisão, é preciso certificar-se de que os familiares compreenderam que o paciente morreu (RECH; RODRIGUES FILHO, 2007).

Torres e Lage (2013), em seu artigo, declaram que a comunicação da ME deve ser dada por um médico em local adequado e que, após a má notícia, a família deve ser acolhida e cuidada pelo profissional de psicologia, que irá ouvir e partilhar esse momento com eles estabelecendo a relação de ajuda.

Ainda de acordo com Torres e Lage (2013), a falta de informação adequada por parte da equipe faz com que os familiares tenham esperança na recuperação do quadro clínico e o fato de o corpo estar quente e o coração batendo dificulta a compreensão da ME (CINQUE; BIANCHI, 2010).

Coelho e Silva (2013) corroboram com essa questão, pois demonstraram que a entrevista familiar deve ser realizada por equipe capacitada em conduzir o processo e que a abordagem seja feita de forma ética e humana, a fim de sensibilizar e resgatar a história de vida e de adoecimento do potencial doador, orientar, reconhecer e auxiliar nas fases de elaboração do luto. Por isso, a importância do apoio psicológico nesse momento, pois ele será o profissional habilitado para tal.

5.3 PUBLICAÇÕES REALIZADAS EM BASES DE DADOS INDEXADAS SOBRE ESSA TEMÁTICA

Frente à temática da atuação do psicólogo em situação de ME e solicitação de doação de órgãos, podemos constatar que os estudos ainda são recentes, atuais porém escassos, evidenciando uma grande dificuldade de se encontrar produções científicas compatíveis com o objetivo do estudo e com a inclusão dos dados no presente estudo. Então, podemos ver a necessidade de mais estudos sobre essa questão, principalmente a atuação do psicólogo em situações de ME e solicitação de doação de órgãos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, a Psicologia expandiu para várias áreas e ganhou espaço em vários setores. Sabe-se que o profissional de psicologia é o mais adequado para lidar com questões que envolvem particularidades, interações e para minimizar sentimentos negativos.

Este estudo de revisão integrativa evidenciou que o psicólogo na área da saúde insere-se diretamente em todo processo que envolve a ME e solicitação de doação de órgãos e tecidos, até chegar ao transplante (avaliação do possível receptor, espera do órgão, cirurgia e pós).

De acordo com as literaturas encontradas, foi possível constatar que o psicólogo pode auxiliar os familiares de pacientes em ME em reuniões com a equipe (notícia do diagnóstico) e na elaboração dessas informações. Pode, junto aos familiares, proporcionar a possibilidade para a realização de rituais de despedida, ajudando-os na expressão sobre a perda do ente querido e na doação de órgãos e tecidos.

É importante levar em conta que o momento da realização da entrevista para a doação coincide com um período de luto, vivenciado pela perda de um familiar, e também ressaltar que durante todo o processo de ME e oferta de doação de órgãos e tecidos é importante acolher e compreender o familiar frente à perda do seu ente querido, uma vez que respeitar e compreender o momento do outro é tão importante quanto a doação em si.

Na atuação como psicóloga dentro de uma UTI, percebi a importância de um bom acolhimento aos familiares nesse momento de impacto de diagnóstico, uma vez que, na maioria das vezes, são pegos de surpresa, por um acidente ou um mal súbito. Ficam sem acreditar no que estão vivenciando, assim, escutar e acolher o familiar, auxiliando quando necessário é tarefa do psicólogo, a fim de ajudá-los a internalizar toda situação crítica, diagnóstico, perda e possibilidade de doação.

Presenciei o envolvimento da equipe frente a alguns casos, principalmente quando envolvem pacientes jovens e, para que esse processo aconteça com qualidade, é preciso auxiliar a equipe a lidar com seus conflitos, o que nos faz pensar também o quanto estão preparados para essa situação de morte. Nesse contexto, fica exposta a importância de ter um profissional da psicologia capacitado para preparar a equipe e atender às necessidades dos familiares durante o acolhimento por se tratar

de um momento delicado e de decisão rápida. Pode-se dizer, então, que o psicólogo entra como um membro importante nesse processo.

A orientação psicológica aos familiares para os rituais é imprescindível, pois respeita a vontade, os limites e a forma pessoal de cada familiar lidar com essa situação, o psicólogo pode favorecer os familiares enlutados a falar sobre a morte e sobre o processo de despedida, ajudando-os na demonstração de sentimentos com o apoio emocional necessário.

Uma outra situação importante refere-se ao profissional de psicologia trabalhar com a equipe de saúde, pois pode auxiliá-la na forma como abordar os familiares e, ao mesmo tempo, acompanha-la em todo processo. O psicólogo pode ajudar a equipe a vivenciar de forma mais clara esse momento, enxergando seus sentimentos frente à situação e com isso ajudá-los a auxiliar os familiares mais adequadamente.

Ainda quanto à equipe, o psicólogo auxilia também a equipe da OPO, no momento da entrevista, acolhendo e orientando os familiares. Quando é realizado todo processo e a OPO precisa dar continuidade e deixar os familiares, o psicólogo está ali, para ampará-los e escutá-los. Minimizando os sentimentos de culpa da equipe por ter que deixá-los em um momento tão complicado.

O papel do psicólogo não é ignorar os fatos, ou iludir os familiares e sim deixá-los cientes, trazendo o diagnóstico de uma forma mais clara e natural, auxiliando-os a buscar e utilizar meios próprios para lidar com a situação de maneira menos dolorosa.

Diante da ME, os familiares deparam-se com o questionamento sobre possibilidades de autorizar ou não a doação de órgãos e tecidos, é nesse momento que se projeta uma realidade na qual atuam os mecanismos de defesa, crenças religiosas e a bagagem da história de cada um.

É importante destacar que os familiares devem sempre receber apoio e ser acompanhados durante todo processo, até a entrega do corpo à família, independente da concordância ou não com a doação de órgãos e tecidos.

A partir desta pesquisa de revisão integrativa, constatou-se uma restrita literatura que apresenta intervenções psicológicas aos familiares nesse contexto, bem como lançou-se um olhar crítico acerca do conhecimento produzido na literatura das bases de dados, ressaltando a necessidade de maiores pesquisas sobre o tema em questão, uma vez que as referências enfatizam mais as fases do diagnóstico de ME e a abordagem da doação de órgãos e tecidos.

Diante da realidade vivenciada no mercado de trabalho, refere-se a necessidade maior de profissionais de psicologia atuando ativamente nesses casos, ajudando a equipe de saúde, os familiares e, muitas vezes, os próprios profissionais da OPO.

Constatou-se a importância do acompanhamento psicológico aos familiares e à equipe frente a todo processo de ME e oferta de doação de órgãos e tecidos, mas ficou clara também a necessidade de novos estudos que retratem a atuação do psicólogo nesses casos e das possibilidades de intervenção.

Mesmo diante de todas as limitações desta pesquisa, esperamos ter contribuído para a profissão de psicólogo, na área da saúde, e que tenhamos estimulado a vontade de realização de novos estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ABTO. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Coordenação de Roberto C. Manfro (1986-2017). Apresenta textos sobre doação e transplante de órgãos e tecidos. São Paulo: ABTO, 2017. Disponível em: <<http://www.abto.org.br>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

_____. **Sobre transplante:** perguntas e respostas sobre doação de órgãos e transplante. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/loink>>. Acesso em: 15 mai. 2016.

_____. Dados gerais. **Registro Brasileiro de Transplantes**, n.2, v.14, p. 9-45, 2008. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/>>. Acesso em: 2 dez. 2016.

_____. Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro a junho de 2012. **Registro Brasileiro de Transplante**, n.2, v.18, p. 1-34, 2013. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/>>. Acesso em: 2 dez. 2016.

AGNOLO, C. M. D. et al. Morte encefálica: assistência de enfermagem. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, p. 1258, 2010.

ALENCAR, S. C. S. **Doação de órgãos e tecidos:** a vivência dos familiares de crianças e adolescentes doadores. 2006. 148 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

ALMEIDA, E. C. **Doação de órgãos e visão da família sobre atuação dos profissionais neste processo:** revisão sistemática da literatura brasileira. 2012. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

ALVES, A. J. L. A morte como categoria filosófica: finitude e determinação em Feuerbach. **Revista Dialectus**, n. 6, 2015.

AMIB. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Avaliação do conhecimento de intensivistas sobre morte encefálica. **Rev Bras Ter Intensiva**, n.2, v.20, p. 144-8, 2008.

ANGERAMI-CAMON, V. A. **Urgências psicológicas no hospital.** São Paulo: Pioneira, 1998.

_____. **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Livraria Pioneira Editora, 1994.

ARAÚJO, F. F.; GONÇALVES, F. M.; ALMEIDA, A. C. V. de. A Bioética e formação acadêmica do graduando de enfermagem. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, n.1, v.4, 2010.

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

_____. **O homem diante da morte**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

BANDEIRA, A. C. P. **O consentimento no transplante de órgãos: à luz da Lei nº 9.434/97 com alterações posteriores**. Curitiba: Juruá, 2009.

BARBOSA, L. N. F.; FRANCISCO, A. L.; EFKEN, K. H. Adoecimento: o ser-para-a-morte e o sentido da vida. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, n.2, p. 54-60, 2007.

BARCHIFONTAINE, C. P.; PESSINI, L. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Edições Loyola, 2000.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. 4th ed. New York: Oxford University Press, 1994.

BITTAR, E. C. B. **Ética, educação, cidadania e direitos humanos: estudos filosóficos entre cosmopolitismo e responsabilidade social**. São Paulo: Manole, 2004.

BITENCOURT, A. G. V. et al. Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre morte encefálica. **Rev. bras. ter. intensiva**, n.2, v.19, p. 144-150, junho 2007.

BOEMER, M. R. **A morte e o morrer**. 3ª ed. Ribeirão Preto: Editora Holos, 1998.

BOUSSO, R. S. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. **Texto & Contexto – Enfermagem**, n.1, v.17, p. 45-54, 2008.

BRASIL. Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da União**, n.1, p. 13739, 1 jul. 1997.

_____. Tribunal de Contas da União. **Relatório de avaliação de programa doação, captação e transplante de órgãos e tecidos**. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, p. 134, 2011.

_____. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção e órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 5 fev., seção 1, p. 2191, 1997.

_____. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”. Brasília, **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Edição Extra, p. 6, 24 mar. 2001.

BREVIDELLI, M. M.; DE DOMENICO, E. B. **Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde**. 2a ed. São Paulo: Iátria; 2008.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde (site). Página do Ministério da Saúde que disponibiliza textos sobre saúde. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/146morte_encefalica.html> Acesso em: 17 nov. 2018.

CAMARGO, V. Vida longa ao transplante. **Zero Hora**, p. 4-5, 2006.

CAMON, V. A. A. Psicologia hospitalar: Pioneirismo e as pioneiras. In ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 1-29.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicol. cienc. prof.**, n.3, v.24, p. 4857, 2004.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.480, de 8 de agosto de 1997. Critérios de morte encefálica. Brasília, **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 18227-18228, 21 ago. 1997. Disponível em: <www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm>. Acesso em: 17 nov. 2017.

_____. Resolução CFM nº 2173, de 12 de dezembro de 2017. Critérios de morte encefálica. Brasília, **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 274-6, 12 de dez. 2017. Disponível em: <www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm>. Acesso em: 21 jan. 2018.

_____. **Parecer do Conselho Federal de Medicina sobre morte encefálica referente ao processo-consulta CFM nº 7.311 de 13 de novembro de 1997.**

Aprovado em Sessão Plenária do dia 17 jun. Brasília: CFM, 1998. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/par7311.htm>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução CFP N.º 002/2001.** Altera e regulamenta a Resolução CFP no 014/00 que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2018.

CHIATTONE, H. B. de C.. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In _____. **Psicologia da Saúde** – um novo significado para a prática clínica. 2ª Edição revista e ampliada. Cengage Learning Edições, 2011. p. 145-233.

CINQUE, V. M.; BIANCHI, E. R. F. Stressor experienced by family members in the process of organ and tissue donation for transplant. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n.4, v.44, p. 996-1002, 2010.

COELHO, C. B. O.; SILVA, D. S. Considerações da psicologia hospitalar sobre a entrevista familiar na doação de órgãos e tecidos. **JBT. Jornal Brasileiro de Transplantes**, v.15, p. 1703-1707, 2013.

COIMBRA, C. G. Morte cerebral: falhas nos critérios de diagnóstico. **Ciência Hoje**, p. 26-29, 2000.

CONTI, M. C. S. **Biodireito**: a norma da vida. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

CORREIA, F. A. Alguns desafios atuais da bioética. **Revista Eclesiástica Brasileira**, v.55, p. 64-85, 1995.

COSMO, M.; KITAJAMA, K. Comunicação entre paciente, família e equipe no CTI. In KNOEBEL (Org.). **Psicologia e humanização** - assistência aos pacientes graves. São Paulo: Atheneu, 2008.

D'IMPÉRIO, F. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, n.1, v.19, p. 74-84, 2010.

DALBEM, G. G.; CAREGNATO, R. C. A. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. **Texto & Contexto Enfermagem**, n.4, v.9, 2010.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em estudo**, n.2, v.6, p. 57-63, 2001.

DINIZ, M. H. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2002.

DITTRICH, A.; ZENDRON, R. C. Mathilde Neder e a psicologia hospitalar no Brasil. In _____. (Orgs.). **Pioneiros da psicologia brasileira vol 5**: Franco Seminerio, Paulo Rosas e Mathilde Neder. Rio de Janeiro: Imago, 2001. p. 67-88.

DRANE, J. E.; PESSINI, L. **Bioética, medicina e tecnologia**: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2005.

EDITORIAL. Transplantes de órgãos no Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, n.1, v.49, p. 1, 2003.

ERCOLE, F.F.; MELO, L.S.; ALCOROFORADO, C.L.G.C. Revisão integrativa *versus* sistemática. **Rer Min Enferm.**, n.1, v.18, p. 10, 2014.

ESTIVALET, E. Psicanálise e instituição hospitalar. **Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, n.83, p.24-27, 2000.

FERREIRA, U. **Captação de órgãos para transplante**. São Paulo: Tecla Tipo, 1997.

FONSECA, L. A. M. et al. Tendências da mortalidade por câncer nas capitais dos estados do Brasil, 1980-2004. **Revista da Associação Médica Brasileira**, n.3, v.56, p. 309-312, 2010.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 1996.

GLEZER, M. Morte encefálica. **Einstein**, n.1, v.2, p. 52-54, 2004.

GOGLIANO, D. Pacientes terminais: morte encefálica. **Revista Bioética**, n.2, v.1, 2009.

GONÇALVES, F. Conceitos e critérios de morte. **Nascer e Crescer**, n.4, v.16, p. 245-248, 2007.

GONÇALVES, N. R. F.; RIBEIRO L. O papel do psicólogo no processo de doação de órgãos. In AROLDO, E. (Org.). **Tanatologia: temas impertinentes**. Fortaleza: LC Gráfica e Editora, 2011. p. 225-34.

GUETTI, N. R.; MARQUES, I. R. Nursing assistance to the potential organ donor with brain death. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n.1, v.61, p. 91-97, 2008.

HAMILTON, D. A history of transplantation. In: MORRIS, P. J. **Tissue transplantation**. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1982. p. 1-13.

HARVARD MEDICAL SCHOOL. A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the 9. Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. **JAMA**, n.6, v.205, p. 337-40, 1968.

JUNGES, J. R. Ética e consentimento informado. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, v.4, p. 22-25, 2000.

KIPPER, D. J. **Ética: teoria e prática: uma visão multidisciplinar**. Edipucrs, 2006.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **Death**. [S.l.]: Simon & Schuster, 1997.

_____. **Questions and answers on death and dying: a companion volume to on death and dying**. [S.l.]: Simon & Schuster, 1997.

KASTENBAUM, R. Death in the world of adolescence. CORR, Charles, MCNEILL, Joan. **Adolescence and death**. New York, Springer Publishing Company, 1986.

KNIHS, N. S.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J. Estratégias de cuidados à família no momento da perda, morte encefálica e doação de órgãos, elaboradas a partir de uma revisão de literatura de fatores que levam a família à recusa para doação. **JBT**, n.2, v.13, p. 1320-1323, 2010.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

LABATE, R. C.; PEREIRA, M. A. Dor, sofrimento, morte e cuidado a saúde. **Cogitare Enfermagem**, n.2, v.3, p. 19-22, 1998. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/44322/26808>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

LADESSA, L. E. C. L.; SILVA, S. C.; OLIVEIRA, P. C. Reflexões sobre o trabalho do psicólogo no processo de doação de órgãos. **Blucher Medical Proceedings**, n.5, v.1, p. 22-25, 2015.

LAMB, D. **Transplante de órgãos e ética**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Editora Hucitec, 2000.

LEAL, R. T. M.; VIEIRA, C. G.; CISNE, R. Coma. In GUIMARÃES, H. P.; FALCÃO, L. F. R.; ORLANDO, J. M. C. (Orgs.). **Guia prático de UTI da AMIB**. São Paulo: Atheneu, 2008. v.1. p. 1115-1128.

LEITE, R. C. C. **Transplantes de órgãos e tecidos e direitos da personalidade**. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2000.

LESSA, C. **Trabalhando com a morte**. 2. ed. São Paulo: Scarpitta, 1995.

LHULLIER, C. **Levantamento de ideias psicológicas na Faculdade de Medicina e na Faculdade de Direito do Estado do Rio Grande do Sul entre 1890 e 1950**. 2003. Tese (Doutorado) - Curso de Pós Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LIMA, A. A.; SILVA, M. J. P.; PEREIRA, L. L. Percepção do enfermeiro da Organização de Procura de Órgãos (OPO) sobre a humanização do processo de captação de órgãos para transplante. **Mundo Saúde**, n.3, v.30, p. 409-416, 2006.

LIRIO, A. F.; VEJA, B. R. **Intervención en crisis**. Madrid: Editorial Sintesis, 2002.

LISBOA, M. L.; CREPALDI, M. A. Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. **Paidéia**, n.25, v.13, 2003.

LO BIANCO, A. C. et al. Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. **Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação**, p. 7-76, 1994.

MACEDO, M. do C. dos S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n.2, v.47, p. 108-117, 1994.

MAGALHÃES, A. M. M.; DUARTE, E. R. M. Tendências gerenciais que podem levar a enfermagem a percorrer novos caminhos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n.4, v.57, p. 408-411, 2004.

MARANHÃO, J. L. S. **O que é morte?** São Paulo: Brasiliense, 1998.

MARCON, C., LUNA, I., LISBOA, M. O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios. **Psicologia: Ciência & Profissão**, n.1, v.24, p.28-35, 2004.

MARTINS, E. O.; VALENTE, H. S.; CALAIS, L. B. As possibilidades de intervenção do psicólogo em favor dos procedimentos de doação de órgãos e transplantes: um relato de experiência. **Pesqui. prá. Psicossociais online**, n.2, v.11, p. 464-472, 2016.

MATTIA, A. L. et al. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Bioethikos**, n.1, v.4, p. 66-74, 2010.

MEIRELES, R. M. V. **Autonomia privada e dignidade humana**. São Paulo: Renovar, 2009.

MENDES, K.; SILVEIRA, R.; GALVÃO, C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, n.4, v.17, p. 758-764, 2008.

MENDES, F. M. de S. et al. Ver-Sus: relato de vivências na formação de Psicologia. **Psicologia Ciência e Profissão**, n.1, v.32, 2016.

MIES, S. Transplante de fígado. **Revista da Associação Médica Brasileira**, n.2, v.44, p. 127-134, 1998.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MORAES, M. W.; GALLANI, M. C. B. J.; MENEGUIN, P. Crenças que influenciam adolescentes na doação de Órgãos. **Rev Esc Enferm USP**, n.4, v.40, p. 484-492, 2009.

MORATO, E. G. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. **Revista Médica de Minas Gerais**, n.3, v.19, 2009.

MORENO, R. R. et al. **intervención psicológica en situaciones de crisis y emergencias**. Madrid: Dykinson, 2003.

MORI, M. **Manuale di bioetica**. Verso una civiltà biomedica civilizzata Firenze: Le Lettere, 2012.

MORIN, E. **O homem e a morte**. Lisboa: Publicações Europa-América, 1970.

NATIONAL CONFERENCE OF COMMISSIONERS ON UNIFORM STATE LAWS. **Uniform determination of death act**. Chicago, 1981. Disponível em: <<http://www.uniformlaws.org/shared/docs/determination%20of%20death/udda80>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

NOBRE, A. A. Doação de órgãos e tecidos. **Revista Científica da Faculdade Atenas**, p. 13-23, 2006. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/58759419-Revista-cientifica-expediente.html>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

PARADA, E. **Psicologia Comportamental Aplicada al Socorrismo Profesional**. Primeros Auxilios Psicologicos, 2004.

PEREIRA, W. A. História dos transplantes. In **Manual de transplantes de órgãos e tecidos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 1-8.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1994.

POMPEU, M. H. **Fatores envolvidos na negativa da doação de tecido ósseo em doadores de órgãos nos hospitais públicos e privados de Ribeirão Preto e região**. 2014, 101f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Educação) - Universidade de Ribeirão Preto/UNAERP, Ribeirão Preto, 2014.

RAFFO, S. L. **Intervención en crisis**. Apuntes para uso exclusivo de docencia. Departamento de Psiquiatria y Salud – Campus Sur. Universidad de Chile, 2005.

Disponível em:

<<http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2005/medicina/crisis.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

RAMOS, F. R. S.; Ó, J. R. do. Bioética e identidade profissional: a construção de uma experiência de si e do trabalhador da saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, n.13, p. 259-270, 2009.

RECH, T. H.; RODRIGUES FILHO, E. M. Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, n.2, v.19, p. 197-204, 2007a. **A**

_____. Entrevista familiar e consentimento. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, n.1, v.19, p. 85-89, 2007b. **B**

RODRIGUES, C. Morte encefálica, uma certeza? O conceito de “morte cerebral” como critério de morte. **Revista Bioethikos**, n.3, v.7, p. 271-281, 2013.

RODRÍGUEZ, A. C. **Los Cinco Componentes de los Primeros Auxilios Emocionales en la Intervención en Crisis**, 2003.

ROLLAND, C.; SOUVEYET, C.; ACHOUR, C. B. Guiding goal modeling using scenarios. **IEEE Transactions on Software Engineering**, n.12, v.24, p. 1055-1071, 1998.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROZA, B. A. **Efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos em familiares: intencionalidade de uma nova doação**. 146 f. 2005. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

SÁ, M. de F. F. de; MOUREIRA, D. L. **Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade**. 2012.

SADALA, M. L. A. **Doação de órgãos: a experiência de profissionais de UTI e familiares de doadores**. 2001. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2001.

_____. A experiência de doar órgãos na visão de familiares de doadores. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, n.3, v.23, p. 143-151, 2001.

_____. O cuidar de doadores de órgãos por enfermeiras de UTI. In: **Doação de órgãos: a experiência de enfermeiras, médicos e familiares de doadores**. São Paulo: UNESP, 2004. cap. 2, p. 43-78.

SALDANHA, S. V.; ROSA, A. B.; CRUZ, L. R. O psicólogo clínico e a equipe multidisciplinar no Hospital Santa Cruz. **Revista da SBPH**, n.1, v.16, p. 185-198, 2013.

SANTOS, F. S. Perspectivas histórico-culturais da morte. In: **A arte de morrer: visões plurais**. Bragança Paulista: Comenius, 2007. p. 13-25.

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, n.3, v.13, p. 382-387, 2005.

_____; MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. **Mundo Saúde**, n.1, v.36, p. 24-40, 2012.

SARDINHA, L. A. C. Conceito de morte: aspecto medico. In: FERREIRA, U. et al. (Eds.). **Captação de órgãos para transplantes**. Campinas: Tecla Tipo, 1997. p. 8-16.

SCHILICH, T. **Transplantation, Geschichte, Medizin, Ethik der Organverpflanzung**. Munchen: Beck, 1998.

SEBASTIANI, R. W. Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral. In ANGERAMI-CAMON, V. A. (Ed.), **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira Thonison, 2001.

SEBASTIANI, R. W. Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva. In ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

SEGRE, M. Definição de bioética e sua relação com a ética, deontologia e diceologia. In SEGRE, M.; COHEN, C. (Eds.). **Bioética**. 3. ed. São Paulo: Edusp, 2002.

SILVA, U. F. A.; JUNIOR, J. R. R. A atuação do psicólogo junto à equipe de saúde em unidades de transplante. **Ciências Biológicas e da Saúde**. n.2, v.2, p. 153-64, 2014.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar** – o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 201p.

SOARES, A. R. A psicologia no Brasil. **Psicol. cienc. prof.**, v.30. Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2018.

SOUZA, R. P. **Rotinas de humanização em medicina intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2010.

SOUZA, S. L. **Morte encefálica**: controvérsias e suas implicações para a enfermagem. 2007. Monografia (Curso de Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Florianópolis, 2007.

TORRES, J. C.; LAGE, A. M. V. Manifestações psicológicas de familiares com pacientes em morte encefálica. **Revista de Psicologia**, n.1, v.4, 2013.

VECCHI, L. U. P. **Exercício físico na terceira idade e a melhoria da capacidade funcional**: subsídios para o envelhecimento saudável. 2014. 75f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto/UNAERP, Ribeirão Preto, 2014.

VERSPIEREN, P. Critérios de morte. In HOTTOIS, G.; PARIZEAU, M. H. (Orgs.). **Dicionário de bioética**. Lisboa: Instituto Piaget, 1998. p. 105-110.

WAINRIB, B. R.; BLOCH, E. L. **Intervención en crisis y respuesta al trauma**: teoría y práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2000.

WENTH, R. C. No processo de adoecer. In MONTEIRO, D. M. R. (Org.). **Puer-Senex**: dinamicas relacionais. Petropolis: Vozes, 2008. p. 152-169.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs.**, n.5, v.52, p. 546-53, dez. 2005.

ANEXOS

ANEXO A – Lei Nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Centro de Documentação e Informação

LEI Nº 9.434, DE 4 DE FEVEREIRO DE 1997

Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou post mortem, para fins de transplante e tratamento, é permitida na forma desta Lei.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, não estão compreendidos entre os tecidos a que se refere este artigo o sangue, o espermatozoide e o óvulo.

Art. 2º A realização de transplante ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes do corpo humano só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos em normas regulamentares expedidas pelo Ministério da Saúde. ([Parágrafo único com redação dada pela Lei nº 10.211, de 23/3/2001](#))

CAPÍTULO II DA DISPOSIÇÃO POST MORTEM DE TECIDOS, ÓRGÃOS E PARTES DO CORPO HUMANO PARA FINS DE TRANSPLANTE

Art. 3º A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.

§ 1º Os prontuários médicos, contendo os resultados ou os laudos dos exames referentes aos diagnósticos de morte encefálica e cópias dos documentos de que tratam os arts. 2º, parágrafo único; 4º e seus parágrafos; 5º; 7º; 9º, §§ 2º, 4º, 6º e 8º, e 10, quando couber, e detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos, serão mantidos nos arquivos das instituições referidas no art. 2º por um período mínimo de cinco anos.

§ 2º Às instituições referidas no art. 2º enviarão anualmente um relatório contendo os nomes dos pacientes receptores ao órgão gestor estadual do Sistema Único de Saúde.

§ 3º Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica.

Art. 4º A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. (["Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 10.211, de 23/3/2001](#))

Parágrafo único. ([VETADO na Lei nº 10.211, de 23/3/2001](#))

§ 1º ([Revogado pela Lei nº 10.211, de 23/3/2001](#))

§ 2º ([Revogado pela Lei nº 10.211, de 23/3/2001](#))

§ 3º [\(Revogado pela Lei nº 10.211, de 23/3/2001\)](#)

§ 4º [\(Revogado pela Lei nº 10.211, de 23/3/2001\)](#)

§ 5º [\(Revogado pela Lei nº 10.211, de 23/3/2001\)](#)

Art. 5º A remoção post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa juridicamente incapaz poderá ser feita desde que permitida expressamente por ambos os pais, ou por seus responsáveis legais.

Art. 6º É vedada a remoção post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoas não identificadas.

Art. 7º (VETADO)

Parágrafo único. No caso de morte sem assistência médica, de óbito em decorrência de causa mal definida ou de outras situações nas quais houver indicação de verificação da causa médica da morte, a remoção de tecidos, órgãos ou partes de cadáver para fins de transplante ou terapêutica somente poderá ser realizada após a autorização do patologista do serviço de verificação de óbito responsável pela investigação e citada em relatório de necropsia.

Art. 8º Após a retirada de tecidos, órgãos e partes, o cadáver será imediatamente necropsiado, se verificada a hipótese do parágrafo único do art. 7º, e, em qualquer caso, condignamente recomposto para ser entregue, em seguida, aos parentes do morto ou seus responsáveis legais para sepultamento. [\(Artigo com redação dada pela Lei nº 10.211, de 23/3/2001\)](#)

CAPÍTULO III DA DISPOSIÇÃO DE TECIDOS, ÓRGÃOS E PARTES DO CORPO HUMANO VIVO PARA FINS DE TRANSPLANTE OU TRATAMENTO

Art. 9º É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, inclusive, na forma do § 4º deste artigo, ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em relação à medula óssea. [\("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 10.211, de 23/3/2001\)](#)

§ 1º (VETADO)

§ 2º (VETADO)

§ 3º Só é permitida a doação referida neste artigo quando se tratar de órgãos duplos, de partes de órgãos, tecidos ou partes do corpo cuja retirada não impeça o organismo do doador de continuar vivendo sem risco para a sua integridade e não represente grave comprometimento de suas aptidões vitais e saúde mental e não cause mutilação ou deformação inaceitável, e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora.

§ 4º O doador deverá autorizar, preferencialmente por escrito e diante de testemunhas, especificamente o tecido, órgão ou parte do corpo objeto da retirada.

§ 5º A doação poderá ser revogada pelo doador ou pelos responsáveis legais a qualquer momento antes de sua concretização.

§ 6º O indivíduo juridicamente incapaz, com compatibilidade imunológica comprovada, poderá fazer doação nos casos de transplante de medula óssea, desde que haja consentimento de ambos os pais ou seus responsáveis legais e autorização judicial e o ato não oferecer risco para a sua saúde.

§ 7º É vedado à gestante dispor de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo vivo, exceto quando se tratar de doação de tecido para ser utilizado em transplante de medula óssea e o ato não oferecer risco à sua saúde ou ao feto.

§ 8º O auto-transplante depende apenas do consentimento do próprio indivíduo, registrado em seu prontuário médico ou, se ele for juridicamente incapaz, de um de seus pais ou responsáveis legais.

Art. 9º-A É garantido a toda mulher o acesso a informações sobre as possibilidades e os benefícios da doação voluntária de sangue do cordão umbilical e placentário durante o período de consultas pré-natais e no momento da realização do parto. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 11.633, de 27/12/2007\)](#)

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

Art. 10. O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, assim inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento. [\("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 10.211, de 23/3/2001\)](#)

§ 1º Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida da sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais. [\(Parágrafo único transformado em § 1º pela Lei nº 10.211, de 23/3/2001\)](#)

§ 2º A inscrição em lista única de espera não confere ao pretense receptor ou à sua família direito subjetivo a indenização, se o transplante não se realizar em decorrência de alteração do estado de órgãos, tecidos e partes, que lhe seriam destinados, provocado por acidente ou incidente em seu transporte. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 10.211, de 23/3/2001\)](#)

Art. 11. É proibida a veiculação, através de qualquer meio de comunicação social de anúncio que configure:

a) publicidade de estabelecimentos autorizados a realizar transplantes e enxertos, relativa a estas atividades;

b) apelo público no sentido da doação de tecido, órgão ou parte do corpo humano para pessoa determinada identificada ou não, ressalvado o disposto no parágrafo único;

c) apelo público para a arrecadação de fundos para o financiamento de transplante ou enxerto em benefício de particulares.

Parágrafo único. Os órgãos de gestão nacional, regional e local do Sistema único de Saúde realizarão periodicamente, através dos meios adequados de comunicação social, campanhas de esclarecimento público dos benefícios esperados a partir da vigência desta Lei e de estímulo à doação de órgãos.

Art. 12. (VETADO)

Art. 13. É obrigatório, para todos os estabelecimentos de saúde notificar, às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos da unidade federada onde ocorrer, o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos.

Parágrafo único. Após a notificação prevista no caput deste artigo, os estabelecimentos de saúde não autorizados a retirar tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverão permitir a imediata remoção do paciente ou franquear suas instalações e fornecer o apoio operacional necessário às equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante, hipótese em que serão ressarcidos na forma da lei. [\(Parágrafo único acrescido pela Lei nº 11.521, de 18/9/2007, publicada no DOU de 19/9/2007, em vigor 90 dias após a publicação\)](#)

CAPÍTULO V DAS SANÇÕES PENAIS E ADMINISTRATIVAS

Seção I Dos Crimes

Art. 14. Remover tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa ou cadáver, em desacordo com as disposições desta Lei:

Pena - reclusão, de dois a seis anos, e multa, de 100 a 360 dias-multa.

§ 1º Se o crime é cometido mediante paga ou promessa de recompensa ou por outro motivo torpe:

Pena - reclusão, de três a oito anos, e multa, de 100 a 150 dias-multa.

§ 2º Se o crime é praticado em pessoa viva, e resulta para o ofendido:

I - incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;

II - perigo de vida;

III - debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV - aceleração de parto:

Pena - reclusão, de três a dez anos, e multa, de 100 a 200 dias-multa

§ 3º Se o crime é praticado em pessoa viva e resulta para o ofendido:

I - Incapacidade para o trabalho;

II - Enfermidade incurável ;

III - perda ou inutilização de membro, sentido ou função;

IV - deformidade permanente;

V - aborto:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos, e multa, de 150 a 300 dias-multa.

§ 4º Se o crime é praticado em pessoa viva e resulta morte:

Pena - reclusão, de oito a vinte anos, e multa de 200 a 360 dias-multa.

Art. 15. Comprar ou vender tecidos, órgãos ou partes do corpo humano:

Pena - reclusão, de três a oito anos, e multa, de 200 a 360 dias-multa.

Parágrafo único. Incorre na mesma pena quem promove, intermedeia, facilita ou auferir qualquer vantagem com a transação.

Art. 16. Realizar transplante ou enxerto utilizando tecidos, órgãos ou partes do corpo humano de que se tem ciência terem sido obtidos em desacordo com os dispositivos desta Lei:

Pena - reclusão, de um a seis anos, e multa, de 150 a 300 dias-multa.

Art. 17. Recolher, transportar, guardar ou distribuir partes do corpo humano de que se tem ciência terem sido obtidos em desacordo com os dispositivos desta Lei:

Pena - reclusão, de seis meses a dois anos, e multa, de 100 a 250 dias-multa.

Art. 18. Realizar transplante ou enxerto em desacordo com o disposto no art. 10 desta Lei e seu parágrafo único:

Pena - detenção, de seis meses a dois anos.

Art. 19. Deixar de recompor cadáver, devolvendo-lhe aspecto condigno, para sepultamento ou deixar de entregar ou retardar sua entrega aos familiares ou interessados:

Pena - detenção, de seis meses a dois anos.

Art. 20. Publicar anúncio ou apelo público em desacordo com o disposto no art. 11:

Pena - multa, de 100 a 200 dias-multa.

Seção II Das Sanções Administrativas

Art. 21. No caso dos crimes previstos nos arts. 14, 15, 16 e 17, o estabelecimento de saúde e as equipes médico-cirúrgicas envolvidas poderão ser desautorizadas temporária ou permanentemente pelas autoridades competentes.

§ 1º Se a instituição é particular, a autoridade competente poderá multá-la em 200 a 360 dias-multa e, em caso de reincidência, poderá ter suas atividades suspensas temporária ou definitivamente, sem direito a qualquer indenização ou compensação por investimentos realizados.

§ 2º Se a instituição é particular, é proibida de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas, bem como se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista, pelo prazo de cinco anos.

Art. 22. As instituições que deixarem de manter em arquivo relatórios dos transplantes realizados, conforme o disposto no art. 3º § 1º, ou que não enviarem os relatórios mencionados no art. 3º, § 2º ao órgão de gestão estadual do Sistema Único de Saúde, estão sujeitas a multa, de 100 a 200 dias-multa.

§ 1º Incorre na mesma pena o estabelecimento de saúde que deixar de fazer as notificações previstas no art. 13 desta Lei ou proibir, dificultar ou atrasar as hipóteses definidas em seu parágrafo único. [\(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 11.521, de 18/9/2007, publicada no DOU de 19/9/2007, em vigor 90 dias após a publicação\)](#)

§ 2º Em caso de reincidência, além de multa, o órgão de gestão estadual do Sistema Único de Saúde poderá determinar a desautorização temporária ou permanente da instituição.

Art. 23. Sujeita-se às penas do art. 59 da Lei nº 4.117, de 27 de agosto de 1962, a empresa de comunicação social que veicular anúncio em desacordo com o disposto no art. 11.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24. (VETADO)

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário, particularmente a Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992, e Decreto nº 879, de 22 de julho de 1993.

Brasília, 4 de fevereiro de 1997; 176º da Independência e 109º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Nelson A. Jobim
Carlos César de Albuquerque

ANEXO B – Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 2.268, DE 30 DE JUNHO DE 1997.

[Revogado pelo Decreto nº 9.175, de 2017](#)

Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997,

DECRETA:

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano e sua aplicação em transplantes, enxertos ou outra finalidade terapêutica, nos termos da [Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997](#), observará o disposto neste Decreto.

Parágrafo único. Não estão compreendidos entre os tecidos a que se refere este Decreto o sangue, o esperma e o óvulo.

CAPÍTULO I

DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE - SNT

SEÇÃO I

Da Estrutura

Art. 2º Fica organizado o Sistema Nacional de Transplante - SNT, que desenvolverá o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retirados do corpo humano para finalidades terapêuticas.

Parágrafo único. O SNT tem como âmbito de intervenção as atividades de conhecimento de morte encefálica verificada em qualquer ponto do território nacional e a determinação do destino dos tecidos, órgãos e partes retirados.

Art. 3º Integram o SNT:

- I - o Ministério da Saúde;
- II - as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal ou órgãos equivalentes;
- III - as Secretarias de Saúde dos Municípios ou órgãos equivalentes;
- IV - os estabelecimentos hospitalares autorizados;
- V - a rede de serviços auxiliares necessários à realização de transplantes.

SEÇÃO II

Do órgão Central

Art. 4º O Ministério da Saúde, por intermédio de unidade própria, prevista em sua estrutura regimental, exercerá as funções de órgão central do SNT, cabendo-lhe, especificamente:

I - coordenar as atividades de que trata este Decreto;

II - expedir normas e regulamentos técnicos para disciplinar os procedimentos estabelecidos neste Decreto e para assegurar o funcionamento ordenado e harmônico do SNT e o controle, inclusive social, das atividades que desenvolva;

III - gerenciar a lista única nacional de receptores, com todas as indicações necessárias à busca, em todo o território nacional, de tecidos, órgãos e partes compatíveis com as suas condições orgânicas;

IV - autorizar estabelecimentos de saúde e equipes especializadas a promover retiradas, transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes;

V - avaliar o desempenho do SNT, mediante análise de relatórios recebidos dos órgãos estaduais e municipais que o integram;

VI - articular-se com todos os integrantes do SNT para a identificação e correção de falhas verificadas no seu funcionamento;

VII - difundir informações e iniciativas bem sucedidas, no âmbito do SNT, e promover intercâmbio com o exterior sobre atividades de transplantes;

VIII - credenciar centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos, de que trata a Seção IV deste Capítulo;

~~IX - indicar, dentre os órgãos mencionados no inciso anterior, aquele de vinculação dos estabelecimentos de saúde e das equipes especializadas, que tenha autorizado, com sede ou exercício em Estado, onde ainda não se encontre estruturado ou tenha sido cancelado ou desativado o serviço, ressalvado o disposto no § 3º de artigo seguinte.~~

IX - indicar, dentre os órgãos mencionados no inciso anterior, aquele de vinculação dos estabelecimentos de saúde e das equipes especializadas, que tenha autorizado, com sede ou exercício em Estado, onde ainda não se encontre estruturado ou tenha sido cancelado ou desativado o serviço, ressalvado o disposto no § 3º do art. 5º; e [\(Redação dada pelo Decreto nº 8.783, de 2016\)](#)

X - requisitar apoio da Força Aérea Brasileira para o transporte de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, até o local onde será feito o transplante ou, quando assim for indicado pelas equipes especializadas, para transporte do receptor até o local do transplante. [\(Incluído pelo Decreto nº 8.783, de 2016\)](#)

§ 1º Para atender às requisições do Ministério da Saúde previstas no inciso X do **caput**, a Força Aérea Brasileira manterá permanentemente disponível, no mínimo, uma aeronave, que servirá exclusivamente a esse propósito. [\(Incluído pelo Decreto nº 8.783, de 2016\)](#)

§ 2º Em caso de necessidade, o Ministério da Saúde poderá requisitar aeronaves adicionais para fins do disposto no inciso X do **caput**, ficando o atendimento a essas requisições condicionado à possibilidade operacional da Força Aérea Brasileira. [\(Incluído pelo Decreto nº 8.783, de 2016\)](#)

§ 3º Quando as equipes especializadas indicarem que o receptor deva ser transportado ao local da retirada dos órgãos, tecidos e partes do corpo humano, ele poderá ser acompanhado por profissionais de saúde, por familiares ou por outras pessoas por ele indicadas, desde que existam condições operacionais. [\(Incluído pelo Decreto nº 8.783, de 2016\)](#)

SEÇÃO III

Dos Órgãos Estaduais

Art. 5º As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou órgãos equivalentes, para que se integrem ao SNT, deverão instituir, na respectiva estrutura organizacional, unidade com o perfil e as funções indicadas na Seção seguinte.

§ 1º Instituída a unidade referida neste artigo, a Secretaria de Saúde, a que se vincular, solicitará ao órgão central o seu credenciamento junto ao SNT, assumindo os encargos que lhes são próprios, após deferimento.

§ 2º O credenciamento será concedido por prazo indeterminado, sujeito a cancelamento, em caso de desarticulação com o SNT.

§ 3º Os Estados poderão estabelecer mecanismos de cooperação para o desenvolvimento em comum das atividades de que trata este Decreto, sob coordenação de qualquer unidade integrante do SNT.

SEÇÃO IV

Das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos - CNCDOs

Art. 6º As Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs serão as unidades executivas das atividades do SNT, afetas ao Poder Público, como previstas neste Decreto.

Art. 7º Incumbe às CNCDOs:

I - coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual;

II - promover a inscrição de potenciais receptores, com todas as indicações necessárias à sua rápida localização e à verificação de compatibilidade do respectivo organismo para o transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes disponíveis, de que necessite;

III - classificar os receptores e agrupá-los segundo às indicações do inciso anterior, em ordem estabelecida pela data de inscrição, fornecendo-se-lhes o necessário comprovante;

IV - comunicar ao órgão central do SNT as inscrições que efetuar para a organização da lista nacional de receptores;

V - receber notificações de morte encefálica ou outra que enseje a retirada de tecidos, órgãos e partes para transplante, ocorrida em sua área de atuação;

VI - determinar o encaminhamento e providenciar o transporte de tecidos, órgãos e partes retirados ao estabelecimento de saúde autorizado, em que se encontrar o receptor ideal, observado o disposto no inciso III deste artigo e em instruções ou regulamentos técnicos, expedidos na forma do artigo 28 deste Decreto;

VII - notificar o órgão central do SNT de tecidos, órgãos e partes não aproveitáveis entre os receptores inscritos em seus registros, para utilização dentre os relacionados na lista nacional;

VIII - encaminhar relatórios anuais ao órgão central do SNT sobre o desenvolvimento das atividades de transplante em sua área de atuação;

IX - exercer controle e fiscalização sobre as atividades de que trata este Decreto;

X - aplicar penalidades administrativas por infração às disposições da [Lei nº 9.434, de 1997](#);

XI - suspender, cautelarmente, pelo prazo máximo de sessenta dias, estabelecimentos e equipes especializadas, antes ou no curso do processo de apuração de infração que tenham cometido, se, pelos indícios conhecidos, houver fundadas razões de continuidade de risco de vida ou de agravos intoleráveis à saúde das pessoas;

XII - comunicar a aplicação de penalidade ao órgão central do SNT, que a registrará para consulta quanto às restrições estabelecidas no [§ 2º do art. 21 da Lei nº 9.434, de 1997](#), e cancelamento, se for o caso, da autorização concedida;

XIII - acionar o Ministério Público do Estado e outras instituições públicas competentes, para reprimir ilícitos cuja apuração não esteja compreendida no âmbito de sua atuação.

§ 1º O Município considerado pólo de região administrativa poderá instituir CNCDO, que ficará vinculada à CNCDO estadual.

§ 2º Os receptores inscritos nas CNCDOs regionais, cujos dados tenham sido previamente encaminhados às CNCDOs estaduais, poderão receber tecidos, órgãos e partes retirados no âmbito de atuação do órgão regional.

§ 3º Às centrais regionais aplica-se o disposto nos incisos deste artigo, salvo a apuração de infrações e a aplicação de penalidades.

§ 4º Para o exercício da competência estabelecida no inciso X deste artigo, a CNCDO observará o devido processo legal, assegurado ao infrator o direito de ampla defesa, com os recursos a ela inerentes e, em especial, as disposições da [Lei nº 9.434, de 1997](#), e, no que forem aplicáveis, as da [Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977](#), e do [Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976](#).

CAPÍTULO II

DA AUTORIZAÇÃO

SEÇÃO I

Das Condições Gerais e Comuns

Art. 8º A retirada de tecidos, órgãos e partes e o seu transplante ou enxerto só poderão ser realizados por equipes especializadas e em estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, prévia e expressamente autorizados pelo Ministério da Saúde.

§ 1º O pedido de autorização poderá ser formulado para uma ou mais atividades de que trata este Regulamento, podendo restringir-se a tecidos, órgãos ou partes especificados.

§ 2º A autorização será concedida, distintamente, para estabelecimentos de saúde, equipes especializadas de retirada e de transplante ou enxerto.

§ 3º Os membros de uma equipe especializada poderão integrar a de outra, desde que nominalmente identificados na relação de ambas, assim como atuar em qualquer estabelecimento de saúde autorizado para os fins deste Decreto.

§ 4º Os estabelecimentos de saúde e as equipes especializadas firmarão compromisso, no pedido de autorização, de que se sujeitam à fiscalização e ao controle do Poder Público, facilitando o acesso de seus agentes credenciados a instalações, equipamentos e prontuários, observada, quanto a estes a necessária habilitação, em face do caráter sigiloso destes documentos, conforme for estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 5º A autorização terá validade pelo prazo de dois anos, renovável por períodos iguais e sucessivos, verificada a observância dos requisitos estabelecidos nas Seções seguintes.

§ 6º A renovação deverá ser requerida sessenta dias antes do término de sua vigência, prorrogando-se automaticamente a autorização anterior até a manifestação definitiva do Ministério da Saúde.

§ 7º Os pedidos formulados depois do prazo fixado no parágrafo precedente sujeitam-se à manifestação ali prevista, ficando sem eficácia a autorização a partir da data de expiração de sua vigência e até a decisão sobre o pedido de renovação.

§ 8º Salvo motivo de força maior, devidamente justificado, a decisão de que trata os §§ 6º e 7º será tomada no prazo de até sessenta dias, a contar do pedido de renovação, sob pena de responsabilidade administrativa.

SEÇÃO II

Dos Estabelecimentos de Saúde

Art. 9º - Os estabelecimentos de saúde deverão contar com serviços e instalações adequados à execução de retirada, transplante ou enxerto de tecidos, órgãos ou partes, atendidas, no mínimo, as seguintes exigências, comprovadas no requerimento de autorização:

I - atos constitutivos, com indicação da representação da instituição, em juízo ou fora dele;

II - ato de designação e posse da diretoria;

III - equipes especializadas de retirada, transplante ou enxerto, com vínculo sob qualquer modalidade contratual ou funcional, autorizadas na forma da Seção III deste Capítulo;

IV - disponibilidade de pessoal qualificado e em número suficiente para desempenho de outras atividades indispensáveis à realização dos procedimentos;

V - condições necessárias de ambientação e de infra-estrutura operacional;

VI - capacidade para a realização de exames e análises laboratoriais necessários aos procedimentos de transplantes;

VII - instrumental e equipamento indispensáveis ao desenvolvimento da atividade a que se proponha.

§ 1º A transferência da propriedade, a modificação da razão social e a alteração das equipes especializadas por outros profissionais, igualmente autorizados, na forma da Seção seguinte, quando comunicadas no decêndio posterior à sua ocorrência, não prejudicam a validade da autorização concedida.

§ 2º O estabelecimento de saúde, autorizado na forma deste artigo, só poderá realizar transplante, se, em caráter permanente, observar o disposto no § 1º do artigo seguinte.

SEÇÃO III

Das Equipes Especializadas

Art. 10. A composição das equipes especializadas será determinada em função do procedimento, mediante integração de profissionais autorizados na forma desta Seção.

§ 1º Será exigível, no caso de transplante, a definição, em número e habilitação, de profissionais necessários à realização do procedimento, não podendo a equipe funcionar na falta de algum deles.

§ 2º A autorização será concedida por equipes especializadas, qualquer que seja a sua composição, devendo o pedido, no caso do parágrafo anterior, ser formalizado em conjunto e só será deferido se todos satisfizerem os requisitos exigidos nesta Seção.

Art. 11. Além da necessária habilitação profissional, os médicos deverão instruir o pedido de autorização com:

I - certificado de pós-graduação, em nível, no mínimo, de residência médica ou título de especialista reconhecido no País;

II - certidão negativa de infração ética, passada pelo órgão de classe em que forem inscritos.

Parágrafo único. Eventuais condenações, anotadas no documento a que se refere o inciso II deste artigo, não são indutoras do indeferimento do pedido, salvo em casos de omissão ou de erro médico que tenha resultado em morte ou lesão corporal de natureza grave.

SEÇÃO IV

Disposições Complementares

Art. 12. O Ministério da Saúde poderá estabelecer outras exigências, que se tornem indispensáveis à prevenção de quaisquer irregularidades nas práticas de que trata este Decreto.

Art. 13. O pedido de autorização será apresentado às Secretarias de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, que o instruirão com relatório conclusivo quanto à satisfação das exigências estabelecidas neste Decreto e em normas regulamentares, no âmbito de sua área de competência definida na [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#).

§ 1º A Secretaria de Saúde diligenciará junto ao requerente para a satisfação de exigência acaso não cumprida, de verificação a seu cargo.

§ 2º Com manifestação favorável sob os aspectos pertinentes à sua análise, a Secretaria de Saúde remeterá o pedido ao órgão central do SNT, para expedir a autorização, se satisfeitos todos os requisitos estabelecidos neste Decreto e em normas complementares.

CAPÍTULO III

DA DOAÇÃO DE PARTES

SEÇÃO I

Da Disposição para Post Mortem

Art. 14. A retirada de tecidos, órgãos e partes, após a morte, poderá ser efetuada, independentemente de consentimento expresso da família, se, em vida, o falecido a isso não tiver manifestado sua objeção.

§ 1º A manifestação de vontade em sentido contrário à retirada de tecidos, órgãos e partes será plenamente reconhecida se constar da Carteira de Identidade Civil, expedida pelos órgãos de identificação da União, dos Estados e do Distrito Federal, e da Carteira Nacional de Habilitação, mediante inserção, nesses documentos, da expressão "não-doador de órgãos e tecidos".

§ 2º Sem prejuízo para a validade da manifestação de vontade, como doador presumido, resultante da inexistência de anotações nos documentos de pessoas falecidas, admitir-se-á a doação expressa para retirada após a morte, na forma prevista no [Decreto nº 2.170, de 4 de março de 1997](#), e na Resolução nº 828, de 18 de fevereiro de 1977, expedida pelo Conselho Nacional de Trânsito, com a anotação "doador de órgãos e tecidos" ou, ainda, a doação de tecidos, órgãos ou partes específicas, que serão indicados após a expressão "doador de ...".

§ 3º Os documentos de que trata o § 1º deste artigo, que venham a ser expedidos, na vigência deste Decreto, conterão, a pedido do interessado, as indicações previstas nos parágrafos anteriores.

§ 4º Os órgãos públicos referidos no § 1º deverão incluir, nos formulários a serem preenchidos para a expedição dos documentos ali mencionados, espaço a ser utilizado para quem desejar manifestar, em qualquer sentido, a sua vontade em relação à retirada de tecidos, órgãos e partes, após a sua morte.

§ 5º É vedado aos funcionários dos órgãos de expedição dos documentos mencionados neste artigo, sob pena de responsabilidade administrativa, induzir a opção do interessado, salvo a obrigatoriedade de informá-lo de que, se não assinalar qualquer delas, será considerado doador presumido de seus órgãos para a retirada após a morte.

§ 6º Equiparam-se à Carteira de Identidade Civil, para os efeitos deste artigo, as carteiras expedidas pelos órgãos de classe, reconhecidas por lei como prova de identidade.

§ 7º O interessado poderá comparecer aos órgãos oficiais de identificação civil e de trânsito, que procederão à gravação da sua opção na forma dos §§ 1º e 2º deste artigo, em documentos expedidos antes da vigência deste Decreto.

§ 8º A manifestação de vontade poderá ser alterada, a qualquer tempo, mediante renovação dos documentos.

SEÇÃO II

Da Disposição do Corpo Vivo

Art. 15. Qualquer pessoa capaz, nos termos da lei civil, pode dispor de tecidos, órgãos e partes de seu corpo para serem retirados, em vida, para fins de transplantes ou terapêuticas.

§ 1º Só é permitida a doação referida neste artigo, quando se tratar de órgãos duplos ou partes de órgãos, tecidos ou partes, cuja retirada não cause ao doador comprometimento de suas funções vitais e aptidões físicas ou mentais e nem lhe provoque deformação.

§ 2º A retirada, nas condições deste artigo, só será permitida, se corresponder a uma necessidade terapêutica, comprovadamente indispensável e inadiável, da pessoa receptora.

§ 3º Exigir-se-á, ainda, para a retirada de rins, a comprovação de, pelo menos, quatro compatibilidades em relação aos antígenos leucocitários humanos (HLA), salvo entre cônjuges e consangüíneos, na linha reta ou colateral, até o terceiro grau inclusive.

§ 4º O doador especificará, em documento escrito, firmado também por duas testemunhas, qual tecido, órgão ou parte do seu corpo está doando para transplante ou enxerto em pessoa que identificará, todos devidamente qualificados, inclusive quanto à indicação de endereço.

§ 5º O documento de que trata o parágrafo anterior, será expedido, em duas vias, uma das quais será destinada ao órgão do Ministério Público em atuação no lugar de domicílio do doador, com protocolo de recebimento na outra, como condição para concretizar a doação.

§ 6º Excetua-se do disposto nos §§ 2º, 4º e 5º a doação de medula óssea.

§ 7º A doação poderá ser revogada pelo doador a qualquer momento, antes de iniciado o procedimento de retirada do tecido, órgão ou parte por ele especificado.

§ 8º A extração de parte da medula óssea de pessoa juridicamente incapaz poderá ser autorizada judicialmente, com o consentimento de ambos os pais ou responsáveis legais, se o ato não oferecer risco para a sua saúde.

§ 9º A gestante não poderá doar tecidos, órgãos ou partes de seu corpo, salvo da medula óssea, desde que não haja risco para a sua saúde e a do feto.

CAPÍTULO IV

DA RETIRADA DE PARTES

SEÇÃO I

Da Comprovação da Morte

Art. 16. A retirada de tecidos, órgãos e partes poderá ser efetuada no corpo de pessoas com morte encefálica.

§ 1º O diagnóstico de morte encefálica será confirmado, segundo os critérios clínicos e tecnológicos definidos em resolução do Conselho Federal de Medicina, por dois médicos, no mínimo, um dos quais com título de especialista em neurologia reconhecido no País.

§ 2º São dispensáveis os procedimentos previstos no parágrafo anterior, quando a morte encefálica decorrer de parada cardíaca irreversível, comprovada por resultado incontestável de exame eletrocardiográfico.

§ 3º Não podem participar do processo de verificação de morte encefálica médicos integrantes das equipes especializadas autorizadas, na forma deste Decreto, a proceder à retirada, transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes.

§ 4º Os familiares, que estiverem em companhia do falecido ou que tenham oferecido meios de contato, serão obrigatoriamente informados do início do procedimento para a verificação da morte encefálica.

§ 5º Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato de comprovação e atestação da morte encefálica, se a demora de seu comparecimento não tomar, pelo decurso do tempo, inviável a retirada, mencionando-se essa circunstância no respectivo relatório.

§ 6º A família carente de recursos financeiros poderá pedir que o diagnóstico de morte encefálica seja acompanhado por médico indicado pela direção local do SUS, observado o disposto no parágrafo anterior.

Art. 17. Antes da realização da necropsia, obrigatória por lei, a retirada de tecidos, órgãos ou partes poderá ser efetuada se estes não tiverem relação com a causa mortis, circunstância a ser mencionada no respectivo relatório, com cópia que acompanhará o corpo à instituição responsável pelo procedimento médico-legal.

Parágrafo único. Excetua-se, do disposto neste artigo os casos de morte ocorrida sem assistência médica ou em decorrência de causa mal definida ou que necessite de ser esclarecida diante da suspeita de crime, quando a retirada, observadas as demais condições estabelecidas neste Decreto, dependerá de autorização expressa do médico patologista ou legista.

SEÇÃO II

Do Procedimento de Retirada

Art. 18. Todos os estabelecimentos de saúde deverão comunicar à CNCDO do respectivo Estado, em caráter de urgência, a verificação em suas dependências de morte encefálica.

Parágrafo único. Se o estabelecimento de saúde não dispuser de condições para a comprovação da morte encefálica ou para a retirada de tecidos, órgãos e partes, segundo as exigências deste Decreto, a CNCDO acionará os profissionais habilitados que se encontrarem mais próximos para efetuarem ambos os procedimentos, observado o disposto no § 3º do art. 16 deste Decreto.

Art. 19. Não se efetuará a retirada se não for possível a identificação do falecido por qualquer dos documentos previstos nos §§ 1º e 6º do art. 14 deste Decreto.

§ 1º Se dos documentos do falecido constarem opções diferentes, será considerado válido, para interpretação de sua vontade, o de expedição mais recente.

§ 2º Não supre as exigências deste artigo o simples reconhecimento de familiares, se nenhum dos documentos de identificação do falecido for encontrado.

§ 3º Qualquer rasura ou vestígios de adulteração dos documentos, em relação aos dados previstos nos §§ 1º e 6º do art. 14, constituem impedimento para a retirada de tecidos, órgãos e partes, salvo se, no mínimo, dois consangüíneos do falecido, seja na linha reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, conhecendo a sua vontade, quiserem autorizá-la.

§ 4º A retirada de tecidos, órgãos e partes do cadáver de pessoas incapazes dependerá de autorização expressa de ambos os pais, se vivos, ou de quem lhes detinha, ao tempo da morte, o pátrio poder, a guarda judicial, a tutela ou curatela.

Art. 20. A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo vivo será precedida da comprovação de comunicação ao Ministério Público e da verificação das condições de saúde do doador para melhor avaliação de suas conseqüências e comparação após o ato cirúrgico.

Parágrafo único. O doador será prévia e obrigatoriamente informado sobre as conseqüências e riscos possíveis da retirada de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo, para doação, em documento lavrados na ocasião, lido em sua presença e acrescido de outros esclarecimentos que pedir e, assim, oferecido à sua leitura e assinatura e de duas testemunhas, presentes ao ato.

SEÇÃO III

Da Recomposição do Cadáver

Art. 21. Efetuada a retirada, o cadáver será condignamente recomposto, de modo a recuperar, tanto quanto possível, sua aparência anterior, com cobertura das regiões com ausência de pele e enchimento, com material adequado, das cavidades resultantes da ablação.

CAPÍTULO V

DO TRANSPLANTE OU ENXERTO

SEÇÃO I

Do Consentimento do Receptor

Art. 22. O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, após devidamente aconselhado sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento.

§ 1º Se o receptor for juridicamente incapaz ou estiver privado dos meios de comunicação oral ou escrita ou, ainda, não souber ler e escrever, o consentimento para a realização do transplante será dado por um de seus pais ou responsáveis legais, na ausência dos quais, a decisão caberá ao médico assistente, se não for possível, por outro modo, mantê-lo vivo.

§ 2º A autorização será aposta em documento, que conterá as informações sobre o procedimento e as perspectivas de êxito ou insucesso, transmitidas ao receptor, ou, se for o caso, às pessoas indicadas no parágrafo anterior.

§ 3º Os riscos considerados aceitáveis pela equipe de transplante ou enxerto, em razão dos testes aplicados na forma do art. 24, serão informados ao receptor que poderá assumi-los, mediante expressa concordância, aposta no documento previsto no parágrafo anterior, com indicação das seqüelas previsíveis.

SEÇÃO II

Do Procedimento de Transplante

Art. 23. Os transplantes somente poderão ser realizados em pacientes com doença progressiva ou incapacitante, irreversível por outras técnicas terapêuticas, cuja classificação, com esse prognóstico, será lançada no documento previsto no § 2º do artigo anterior.

Art. 24. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só será autorizada após a realização, no doador, de todos os testes para diagnóstico de infecções e afecções, principalmente em relação ao sangue, observando-se, quanto a este, inclusive os exigidos na triagem para doação, segundo dispõem a [Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988](#), e regulamentos do Poder Executivo.

§ 1º As equipes de transplantes ou enxertos só poderão realizá-los se os exames previstos neste artigo apresentarem resultados que afastem qualquer prognóstico de doença incurável ou letal para o receptor.

§ 2º Não serão transplantados tecidos, órgãos e partes de portadores de doenças que constem de listas de exclusão expedidas pelo órgão central do SNT.

§ 3º O transplante dependerá, ainda, dos exames necessários à verificação de compatibilidade sanguínea e histocompatibilidade com o organismo de receptor inscrito, em lista de espera, nas CNCDOs.

§ 4º A CNCDO, em face das informações que lhe serão passadas pela equipe de retirada, indicará a destinação dos tecidos, órgãos e partes removidos, em estrita observância à ordem de receptores inscritos, com compatibilidade para recebê-los.

§ 5º A ordem de inscrição, prevista no parágrafo anterior, poderá deixar de ser observada, se, em razão da distância e das condições de transporte, o tempo estimado de deslocamento do receptor selecionado tornar inviável o transplante de tecidos, órgãos ou partes retirados ou se deles necessitar quem se encontre em iminência de óbito, segundo avaliação da CNCDO, observados os critérios estabelecidos pelo órgão central do SNT.

SEÇÃO III

Dos prontuários

Art. 25. Além das informações usuais e sem prejuízo do disposto no [§ 1º do art. 3º da Lei nº 9.434, 1997](#), os prontuários conterão:

I - no do doador morto, os laudos dos exames utilizados para a comprovação da morte encefálica e para a verificação da viabilidade da utilização, nas finalidades previstas neste Decreto, dos tecidos, órgãos ou partes que lhe tenham sido retirados e, assim, relacionados, bem como o original ou cópia autenticada dos documentos utilizados para a sua identificação;

II - no do doador vivo, o resultado dos exames realizados para avaliar as possibilidades de retirada e transplante dos tecidos, órgãos e partes doados, assim como a comunicação, ao Ministério Público, da doação efetuada de acordo com o disposto nos §§ 4º e 5º do art. 15 deste Decreto;

III - no do receptor, a prova de seu consentimento, na forma do art. 22, cópia dos laudos dos exames previstos nos incisos anteriores, conforme o caso e, bem assim, os realizados para o estabelecimento da compatibilidade entre seu organismo e o do doador.

Art. 26. Os prontuários, com os dados especificados no artigo anterior, serão mantidos pelo prazo de cinco anos nas instituições onde foram realizados os procedimentos que registram.

Parágrafo único. Vencido o prazo previsto neste artigo, os prontuários poderão ser confiados à responsabilidade da CNCDO do Estado de sede da instituição responsável pelo procedimento a que se referam, devendo, de qualquer modo, permanecer disponíveis pelo prazo de 20 anos, para eventual investigação criminal.

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 27. Aplica-se o disposto no § 3º do art. 19 à retirada de tecido, órgãos ou partes de pessoas falecidas, até seis meses após a publicação deste Decreto, cujo documentos tenham sido expedidos em data anterior à sua vigência.

Art. 28. É o Ministério da Saúde autorizado a expedir instruções e regulamentos necessários à aplicação deste Decreto.

Art. 29. Enquanto não for estabelecida a estrutura regimental do Ministério da Saúde, a sua Secretaria de Assistência à Saúde exercerá as funções de órgão central do SNT.

Art. 30. A partir da vigência deste Decreto, tecidos, órgãos ou partes não poderão ser transplantados em receptor não indicado pelas CNCDOs.

Parágrafo único. Até a criação das CNCDOs, as competências que lhes são cometidas por este Decreto, poderão, pelo prazo máximo de um ano, ser exercidas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

Art. 31. Não se admitirá inscrição de receptor de tecidos, órgãos ou partes em mais de uma CNCDO.

§ 1º Verificada a duplicidade de inscrição, o órgão central do SNT notificará o receptor para fazer a sua opção por uma delas, no prazo de quinze dias, vencido o qual, sem resposta, excluirá da lista a mais recente e comunicará o fato à CNCDO, onde ocorreu a inscrição, para igual providência.

§ 2º A inscrição em determinada CNCDO não impedirá que o receptor se submeta a transplante ou enxerto em qualquer estabelecimento de saúde autorizado, se, pela lista sob controle do órgão central do SNT, for o mais indicado para receber tecidos, órgãos ou partes retirados e não aproveitados, de qualquer procedência.

Art. 32. Ficam convalidadas as inscrições de receptores efetuadas por CNCDOs ou órgãos equivalentes, que venham funcionando em Estados da Federação, se atualizadas pela ordem crescente das respectivas datas e comunicadas ao órgão central do SNT.

Art. 33. Caberá aos estabelecimentos de saúde e às equipes especializadas autorizados a execução de todos os procedimentos médicos previstos neste Decreto, que serão remunerados segundo os respectivos valores fixados em tabela aprovada pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Os procedimentos de diagnóstico de morte encefálica, de manutenção homeostática do doador e da retirada de tecidos, órgãos ou partes, realizados por estabelecimento hospitalar privado, poderão, conjunta ou separadamente, ser custeados na forma do caput, independentemente de contrato ou convênio, mediante declaração do receptor, ou, no caso de óbito, por sua família, na presença de funcionários da CNCDO, de que tais serviços não lhe foram cobrados.

Art. 34. Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 35. Fica revogado o [Decreto nº 879, de 22 de julho de 1993](#).

Brasília, 30 de junho de 1997; 176º da Independência e 109º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Carlos César de Albuquerque

ANEXO C – Resolução CFM nº 1.480/97

RESOLUÇÃO CFM nº 1.480/97

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e, CONSIDERANDO que a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, determina em seu artigo 3º que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para diagnóstico de morte encefálica; CONSIDERANDO que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial; CONSIDERANDO o ônus psicológico e material causado pelo prolongamento do uso de recursos extraordinários para o suporte de funções vegetativas em pacientes com parada total e irreversível da atividade encefálica; CONSIDERANDO a necessidade de judiciosa indicação para interrupção do emprego desses recursos; CONSIDERANDO a necessidade da adoção de critérios para constatar, de modo indiscutível, a ocorrência de morte; CONSIDERANDO que ainda não há consenso sobre a aplicabilidade desses critérios em crianças menores de 7 dias e prematuros,

RESOLVE:

- Art. 1º. A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias.
- Art. 2º. Os dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no "termo de declaração de morte encefálica" anexo a esta Resolução.
- Parágrafo único. As instituições hospitalares poderão fazer acréscimos ao presente termo, que deverão ser aprovados pelos Conselhos Regionais de Medicina da sua jurisdição, sendo vedada a supressão de qualquer de seus itens.
- Art. 3º. A morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida.
- Art. 4º. Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia.
- Art. 5º. Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:
- a) de 7 dias a 2 meses incompletos - 48 horas
 - b) de 2 meses a 1 ano incompleto - 24 horas
 - c) de 1 ano a 2 anos incompletos - 12 horas
 - d) acima de 2 anos - 6 horas
- Art. 6º. Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca:
- a) ausência de atividade elétrica cerebral ou,
 - b) ausência de atividade metabólica cerebral ou,
 - c) ausência de perfusão sanguínea cerebral.
- Art. 7º. Os exames complementares serão utilizados por faixa etária, conforme abaixo especificado:
- a) acima de 2 anos - um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", "b" e "c";
 - b) de 1 a 2 anos incompletos: um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", "b" e "c". Quando optar-se por eletroencefalograma, serão necessários 2 exames com intervalo de 12 horas entre um e outro;
 - c) de 2 meses a 1 ano incompleto - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas entre um e outro;
 - d) de 7 dias a 2 meses incompletos - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas entre um e outro.
- Art. 8º. O Termo de Declaração de Morte Encefálica, devidamente preenchido e assinado, e os exames complementares utilizados para diagnóstico da morte encefálica deverão ser arquivados no próprio prontuário do paciente.
- Art. 9º. Constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor-Clínico da instituição hospitalar, ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo se encontrava internado.
- Art. 10. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº 1.346/91.

Brasília-DF, 08 de agosto de 1997.

WALDIR PAIVA MESQUITA
Presidente

ANTÔNIO HENRIQUE PEDROSA NETO
Secretário-Geral

Publicada no D.O.U. de 21.08.97 Página 18.227

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA
(Res. CFM nº 1.480 de 08/08/97)

NOME: _____
PAI: _____
MÃE: _____
IDADE: _____ ANOS _____ MESES _____ DIAS DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

SEXO: M F RAÇA: A B N Registro Hospitalar: _____

A. CAUSA DO COMA

A.1 - Causa do Coma:

A.2. Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame

a) Hipotermia () SIM () NÃO

b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central () SIM () NÃO

Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

B. EXAME NEUROLÓGICO - Atenção: verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas, constantes da tabela abaixo:

IDADE INTERVALO

7 dias a 2 meses incompletos 48 horas

2 meses a 1 ano incompleto 24 horas

1 ano a 2 anos incompletos 12 horas

Acima de 2 anos 6 horas

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções SIM/NÃO. obrigatoriamente, para todos os itens abaixo)

Elementos do exame neurológico Resultados

1º exame 2º exame

Coma aperceptivo ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Pupilas fixas e arreativas ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de reflexo córneo-palpebral ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de reflexos oculocefálicos ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de respostas às provas calóricas ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Ausência de reflexo de tosse ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

Apnéia ()SIM ()NÃO ()SIM ()NÃO

C. ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS - (Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante.

1 - PRIMEIRO EXAME 2 - SEGUNDO EXAME

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

NOME DO MÉDICO: _____ NOME DO MÉDICO: _____

CRM: _____ FONE: _____ CRM: _____ FONE: _____

END.: _____ END.: _____

ASSINATURA: _____ ASSINATURA: _____

D. EXAME COMPLEMENTAR - Indicar o exame realizado e anexar laudo com identificação do médico responsável.

1. Angiografia Cerebral 2. Cintilografia Radioisotópica 3. Doppler Transcraniano 4. Monitorização da pressão intra-craniana 5. Tomografia computadorizada com xenônio

6. Tomografia por emissão de foton único 7. EEG 8. Tomografia por emissão de positrões 9. Extração Cerebral de oxigênio 10. outros (citar)

E. OBSERVAÇÕES

1 - Interessa, para o diagnóstico de morte encefálica, exclusivamente a arreatividade supraespinal. Consequentemente, não afasta este diagnóstico a presença de sinais de reatividade infraespinal (atividade reflexa medular) tais como: reflexos osteotendinosos ("reflexos profundos"), cutâneo-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

2 - Prova calórica

2.1 - Certificar-se de que não há obstrução do canal auditivo por cerumem ou qualquer outra condição que dificulte ou impeça a correta realização do exame.

2.2 - Usar 50 ml de líquido (soro fisiológico, água, etc) próximo de 0 grau Celsius em cada ouvido.

2.3 - Manter a cabeça elevada em 30 (trinta) graus durante a prova.

2.4 - Constatar a ausência de movimentos oculares.

3 - Teste da apnéia

No doente em coma, o nível sensorial de estímulo para desencadear a respiração é alto, necessitando-se da pCO₂ de até 55 mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região ponto-bulbar ainda esteja íntegra. A prova da apnéia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:

3.1 - Ventilar o paciente com O₂ de 100% por 10 minutos.

3.2 - Desconectar o ventilador.

3.3 - Instalar catéter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto.

3.4 - Observar se aparecem movimentos respiratórios por 10 minutos ou até quando o pCO₂ atingir 55 mmHg.

4 - Exame complementar. Este exame clínico deve estar acompanhado de um exame complementar que demonstre inequivocadamente a ausência de circulação sanguínea intracraniana ou atividade elétrica cerebral, ou atividade metabólica cerebral. Observar o disposto abaixo (itens 5 e 6) com relação ao tipo de exame e faixa etária.

5 - Em pacientes com dois anos ou mais - 1 exame complementar entre os abaixo mencionados:

5.1 - Atividade circulatória cerebral: angiografia, cintilografia radioisotópica, doppler transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, SPECT.

5.2 - Atividade elétrica: eletroencefalograma.

5.3 - Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.

6 - Para pacientes abaixo de 02 anos:

6.1 - De 1 ano a 2 anos incompletos: o tipo de exame é facultativo. No caso de eletroencefalograma são necessários 2 registros com intervalo mínimo de 12 horas.

6.2 - De 2 meses a 1 ano incompleto: dois eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas.

6.3 - De 7 dias a 2 meses de idade (incompletos): dois eletroencefalogramas com intervalo de 48 h.

7 - Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste termo de declaração deve obrigatoriamente ser enviada ao órgão controlador estadual (Lei 9.434/97, Art. 13).

http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm

ANEXO D – Parecer do CFM nº 12

PARECER do CFM n12

A constatação da morte encefálica nos termos da Resolução CFM Nº 1.480/97 tem a sua maior motivação e aplicabilidade nos casos de transplantes de órgãos, em vista da necessidade de retirada dos mesmos antes que se instale a degradação hemodinâmica que venha a comprometer o seu aproveitamento.

No entanto, conforme se depreende da leitura dos seus considerandos, outras situações além dos transplantes estão contempladas.

Assim, por exemplo, o descompasso entre a oferta e a demanda de leitos de terapia intensiva gera situações em que mesmo sem a perspectiva de transplante, a verificação de morte encefálica em um paciente permitirá a utilização daquele leito de UTI por outro paciente ainda viável quanto à sobrevivência. Igual preocupação também se aplica ao prolongamento da dor que se impõem aos familiares dos pacientes em morte encefálica, submetidos a uma espera infrutífera que tem apenas um inexorável desfecho: a parada cardíaca.

Nesses casos, indaga-se: têm os médicos o poder/dever de suspender a terapêutica de suporte? Necessitam de concordância da família? E se a família não concordar?

Sobre o tema, existe manifestação deste Conselho Federal, no Parecer nº 27/90, da lavra do Cons. Luis Carlos Sobânia, abaixo transcrito em parte:

"Quando um paciente for considerado em "Morte Encefálica", portanto considerado em óbito, o médico responsável pelo paciente, antes da suspensão dos meios artificiais de sustentação de funções vegetativas, deverá comunicar o fato à família, para que a mesma possa ter tempo até de questionar o diagnóstico, pois essa prática ainda não entrou claramente na cultura do povo, e possa até solicitar outro profissional para confirmar o diagnóstico..."

Pensamos ser esta a conduta acertada frente a estas situações: explicar a família a ocorrência e o significado da morte encefálica e a total impotência da medicina em reverter tal condição. A partir de então, prolongar os cuidados passa a configurar injustificável obstinação terapêutica, sem qualquer benefício para o "paciente" ou sua família.

Fica ainda uma questão: se a família recusar-se a aceitar a interrupção dos cuidados, ainda que tal posição tenha sido referendada pelo médico de sua confiança, têm os médicos assistentes o poder de interrompê-los? Pensamos que sim, pois a verificação da morte por quaisquer critérios é um ato de competência do médico. No entanto, deverão ter os médicos a sensibilidade para que este seu poder não venha a constituir-se em uma causa adicional de dor àqueles que já passam pelo sofrimento da perda de um ente querido e que devem encontrar no médico uma mensagem de alívio e solidariedade.

É o parecer, SMJ.

Brasília, 2 de março de 1998.

NEI MOREIRA DA SILVAConselheiro Relator

Parecer aprovado em Sessão Plenária do dia 17/06/98

ANEXO E – Publicação da Resolução CFM 2.173/17

Resolução da morte encefálica é publicada no Diário Oficial  

Sex, 15 de Dezembro de 2017 10:03

O Diário Oficial da União (DOU) publicou nesta sexta-feira (15), a Resolução CFM 2.173/17, que atualiza os critérios para definição da morte encefálica. Entre as mudanças introduzidas no texto está a possibilidade de mais especialistas, além do neurologista, diagnosticarem a morte cerebral. A Resolução, que pode ser acessada [aqui](#), entra em vigor imediatamente.

Pela resolução anterior (1.480/97), a morte encefálica deveria ser diagnosticada por dois médicos, sendo que um seria obrigatoriamente neurologista, mas o outro não precisava ter nenhuma habilitação específica. Agora, os dois médicos devem ser especificamente qualificados, sendo que um deles deve, obrigatoriamente, possuir uma das seguintes especialidades: medicina intensiva adulta ou pediátrica, neurologia adulta ou pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência. O outro deve ter, no mínimo, um ano de experiência no atendimento a pacientes em coma, tenha acompanhado ou realizado pelo menos 10 determinações de morte encefálica ou tenha realizado curso de capacitação. Nenhum dos dois médicos deve fazer parte da equipe de transplantes.

A Resolução 2.173/17 também estabelece quais procedimentos devem ser realizados. Diz, por exemplo, que o quadro clínico do paciente deve apresentar todos os seguintes pré-requisitos: presença de lesão encefálica de causa conhecida e irreversível; ausência de fatores tratáveis que confundiriam o diagnóstico; temperatura corporal superior a 35º graus; e saturação arterial de acordo com critérios estabelecidos pela Resolução.

“Esta Resolução vai dar muito mais segurança à definição da morte encefálica, pois enumera e dá homogeneidade aos critérios. A outra resolução era mais clínica. Esta também é operacional. Vai funcionar como uma gestão de protocolos”, argumentou a coordenadora-geral do Sistema Nacional de Transplantes, Rosana Nothen, na entrevista coletiva realizada na sede do CFM, em 12 de dezembro, para apresentação da proposta. “O nosso objetivo foi dar segurança no diagnóstico”, afirmou, na ocasião, o relator da Resolução nº 2.173/17, conselheiro Hideraldo Cabeça.

Veja, abaixo, o que mudou entre uma resolução e outra.

Resolução 1.480/97	Resolução 2.173/17
Parâmetros clínicos para o início do diagnóstico Coma aperceptivo com ausência de atividade motora supraespinhal e apneia.	Parâmetros clínicos para o início do diagnóstico Coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinhal, apneia persistente. Deve apresentar lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica, ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica. Temperatura corporal superior a 35º, saturação arterial de oxigênio acima de 94% e pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg para adultos.
Tempo de observação para que seja iniciado o diagnóstico Não tinha	Tempo de observação para que seja iniciado o diagnóstico Mínimo de 6 horas Quando a causa for encefalopatia hipóxico-isquêmica, a observação deve ser de 24 horas.
Intervalo mínimo entre as duas avaliações clínicas De 7 dias a 2 meses incompletos – 48 horas De 2 meses a 1 ano incompleto – 24 horas De 1 ano a 2 anos incompletos – 12 horas Acima de 2 anos – 6 horas	Intervalo mínimo entre as duas avaliações clínicas De 7 dias a 2 meses incompletos – 24 horas De 2 meses a 24 meses incompletos – 12 horas Acima de 2 anos – 1 hora
Confirmação da morte encefálica a) Exames clínicos, realizados por médicos diferentes, e exames complementares, realizados em intervalos de tempos variáveis;	Confirmação da morte encefálica a) Dois exames clínicos, por médicos diferentes, especificamente capacitados para confirmar o coma não perceptivo e a ausência de função do tronco encefálico;

<p>b) Os exames complementares devem demonstrar: ausência de atividade elétrica cerebral, ou ausência de atividade metabólica cerebral ou ausência de perfusão sanguínea cerebral.</p>	<p>b) um teste de apneia; c) um exame complementar que comprove a ausência de atividade encefálica. Este exame deve comprovar: ausência de perfusão sanguínea encefálica, ou ausência de atividade metabólica encefálica ou ausência de atividade elétrica encefálica.</p>
<p>Formação dos médicos examinadores a) Decreto 2.268/97 (revogado pelo decreto 9.175/17) estabelecia que um dos dois médicos confirmadores da morte encefálica deveria ser neurologista; b) mesmo decreto estabelecia que nenhum desses médicos poderiam fazer parte da equipe de transplante.</p>	<p>Formação dos médicos examinadores a) Será considerado especificamente capacitado o médico com um ano de experiência no atendimento de pacientes em coma e que tenha acompanhado ou realizado pelo menos dez determinações de morte encefálica, ou que tenha realizado curso de capacitação para determinação de morte encefálica; b) Um dos médicos especificamente capacitado deverá ser especialista em uma das seguintes especialidades: medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, neurologia, neurologia pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência. c) Nenhum desses médicos poderá fazer parte da equipe de transplante.</p>