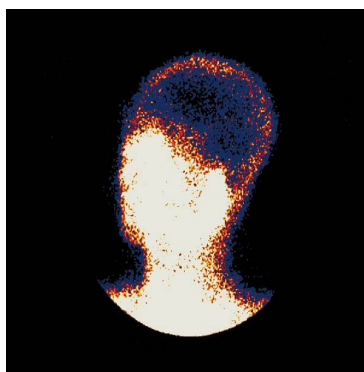


4 ESTAÇÕES INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TEORIA, PESQUISA E INTERVENÇÃO
EM LUTO

ROSELI SEROR CUIABANO

MORTE ENCEFÁLICA NO CONTEXTO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS



CUIABÁ - MT

2010

ROSELI SEROR CUIABANO

MORTE ENCEFÁLICA NO CONTEXTO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Monografia apresentada ao curso de especialização do 4ª Estações Instituto de Psicologia, como requisito parcial para conclusão do curso de Especialização em Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto.

Orientadora: **Profª Drª Maria Helena Franco**

CUIABÁ- MT

2010

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus por tudo que tem me proporcionado nesta vida para o meu crescimento espiritual, pessoal e profissional

Agradeço à Coordenadora da Central de Transplantes de Mato Grosso/SES, Fátima Aparecida Melo, pelo seu interesse, dedicação e esforços para a minha qualificação profissional

Agradeço aos profissionais do Instituto 4 Estações pela contribuição dada à formação dos profissionais de saúde que buscam o universo do saber numa visão ética, humana e holística

A todos os estudiosos que se dedicam às pesquisas da área de perdas e luto.

Agradeço aos colegas da Coordenadoria de Transplantes que contribuíram com relatos de suas experiências no processo de doação e transplantes em especial às companheiras de jornada de trabalho do Núcleo de educação Permanente em transplantes: Greice Martins e Vera Sena, com suas contribuições incansáveis para a melhoria do transplante em MT.

Meu agradecimento ao querido irmão Benedito Carlos Teixeira Seror pela sua boa vontade e carinho na colaboração na normatização e correção final desta pesquisa.

Agradeço à orientadora desta monografia, Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Franco, por partilhar suas experiências profissionais com os alunos do 4 Estações, pelo interesse e incentivo para o desenvolvimento de novas pesquisas nesse campo. Pelas orientações de uma pratica mais sensível, humana e essencialmente subjetiva.

Agradeço com muito carinho à Prof^ª. Irene Lima, da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, pela atenção e dedicação na organização e normatização do conteúdo teórico desta pesquisa.

RESUMO

O conceito de morte encefálica ainda parece haver dúvidas quanto ao protocolo de avaliação e resultados entre os profissionais de saúde que atuam em UTIs. Revela um contexto de incertezas e insegurança por parte dos médicos, residentes e estudantes de medicina para a realização. É importante ressaltar que há muito que ser esclarecido, discutido e desmistificado na comunidade médica. A pesquisa mostra que a formação médica no Brasil não prepara o futuro profissional para lidar com situações de morte e de morrer. Muitos encontram-se em dificuldade para comunicar uma má notícia, como lidar com os familiares frente às reações emocionais causadas por perdas traumáticas. Surpreendentemente é a alta prevalência dessas dificuldades encontradas nesse meio, mesmo sendo a profissão que coloca mais que qualquer outra, a morte diante do profissional. Há estudos que demonstra a necessidade urgente de se fazer uma mudança na grade curricular do futuro médico, visando o desenvolvimento de um programa educacional estruturado para estudantes de medicina ao longo de sua formação.

Palavras - chave: Morte Encefálica, Comunicação da Morte Encefálica, Morte na formação do profissional de saúde e doação de Órgãos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVO GERAL	12
2.1 Objetivos específicos:	12
3 JUSTIFICATIVA	13
4 MORTE	18
4.1 Morte encefálica.....	20
4.2 Morte traumática.....	23
4.3 Luto.....	24
4.4 Reações frente à morte	26
4.5 Morte na formação do profissional de saúde	28
4.6 Rituais.....	31
4.8 Entrevista familiar para doação de órgãos	36
5 METODOLOGIA.....	41
6 RESULTADOS E ANÁLISE.....	43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXO.....	64

1 INTRODUÇÃO

No mundo, há milhares de pessoas que aguardam por um transplante de órgãos com alguma doença crônica de caráter irreversível, restando como única alternativa o transplante. Alternativa de tratamento que consiste na substituição de um órgão ou de um tecido doente de uma pessoa (receptor) por outro sadio, de um doador vivo ou falecido. A reposição pode ser de órgão ou tecido, como por exemplo: coração, fígado, córneas, rins, pâncreas ossos, medula óssea e outros através de um procedimento cirúrgico. É um tratamento que traz melhoria na qualidade de vida de milhares de pessoas ou até mesmo, como única alternativa de sobrevivência. Muitos receptores conseguem uma vida longa com qualidade, embora com o uso permanente de medicamentos contra a rejeição e possivelmente alguns, contra os efeitos adversos do próprio uso dos remédios.

O transplante é um tratamento que desperta muitas dúvidas, provoca muitos questionamentos e pela sua complexidade dificulta as doações de órgãos. Como qualquer outra cirurgia além de apresentar riscos trata-se de um tratamento complexo e longo. Entre as possíveis complicações estão *rejeição* e a *infecção* que variam de acordo com o órgão transplantado. Apesar de tratar-se de um procedimento médico com enormes perspectivas na melhoria de qualidade de vida, é impossível de ser executado sem uma sociedade sensibilizada e conscientizada para o ato de doar, lembrando ainda que não há transplantes se não houver doações.

O país com maior índice de doações no mundo é a Espanha, com 33,8 doadores por milhão de habitantes. Quanto ao segundo lugar no mundo, com 26,7 doações de órgãos por milhão de habitantes, encontra-se Portugal.

O Presidente da ONT¹ da Espanha e do Conselho Ibero-americano de Doação e Transplantes, Rafael Matesanz, cirurgião que coordenou o processo que tirou a Espanha de um nível mediano em número de doações em 1989, levou o país para o primeiro lugar no ranking mundial a partir de 1992. Utilizou como estratégia para o progresso a colocação de profissionais- coordenadores de transplantes nos hospitais treinados para manejar todo o processo de doação/transplantes desde como se detecta um possível doador até como se fala com a família para doação de órgãos, resultando em um aumento triplicado de doações, passando de 500 para 1.500. Segundo Rafael Matesanz, para reverter o quadro do Brasil em

¹ Organização Nacional de Transplantes

um sistema de transplantes mais abrangente e rápido, é preciso ter mais *organização e "vontade política"*, diz ainda,“que o Brasil é um dos países da América Latina que não está fazendo a "lição de casa" e que com a média de cinco doadores por milhão de habitantes, ficou estagnado em relação a países como o Uruguai, que hoje tem 25 doadores por milhão de habitantes. Matesanz propõe uma mudança através de uma nova organização do sistema através da inserção de profissionais médicos, para atuarem como coordenadores de transplantes nos hospitais com tempo e remuneração específicos, para a sua função. Essa é a principal característica do "modelo espanhol", recomendado pela OMS ² adotado no Rio Grande do Sul e em Santa Catarina, que se tornaram referências no Brasil.

Segundo o presidente da Sociedade Portuguesa de Transplante o nefrologista Morais Sarmiento, nos últimos dois anos o Panorama de transplantes de órgãos teve um avanço significativo em Portugal. Atualmente é considerado líder na Europa continental em transplantes de fígado.

A atividade de transplante de órgãos e tecidos no Brasil teve seu início em 1964, com uma evolução significativa no decorrer dos anos em termos técnicos, resultados e número de procedimentos realizados. No início dos transplante no Brasil, as atividades eram regulamentadas regionalmente, a inscrição de receptores era informal, como também para a retirada de órgãos e tecidos. Não havia também critérios para distribuição de órgãos e tecidos captados e ordem de transplantes, de acordo com a Lei 5.479 de 10/08/68.

A partir dos avanços técnicos e procedimentos realizados, o transplante foi ganhando espaço na sociedade científica, civil e dos gestores do SUS, com necessidade e interesse em regulamentar as atividades em geral do transplante através de uma Lei específica para normatizar os procedimentos efetuados e conseqüentemente fortalecer o Sistema de Transplantes no Brasil. Como resultado, cria-se a Lei de Transplantes, nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, cujo objetivo é dispor sobre a remoção de órgãos, tecidos e parte do corpo humano para fins de transplante, e até mesmo injustiças na destinação dos órgãos. O decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, cuidou do detalhamento técnico/operacional e normativo do Sistema Nacional de Transplantes.

Atualmente, o Brasil possui em média 68.000 pessoas aguardando por doação de órgãos, sendo que somente 1% dos óbitos, aproximadamente, doadores em potencial. Apesar de ascender a cada ano, o número de doadores de órgãos e tecidos em nosso país ainda continua baixo e insuficiente para atender a demanda para transplantes. As regiões Sul e

² Organização Mundial de Saúde

Sudeste são consideradas as mais desenvolvidas em doações e transplantes no Brasil, sendo o estado de São Paulo o maior centro transplantador e doador de órgãos e tecidos.

Em 2009, foram realizados 65 transplantes de coração, 75 de pâncreas, 644 de rim, 359 de fígado e 20 de pulmão.

Em 2008, neste mesmo período, tinham sido contabilizados 43 transplantes de coração, 60 de pâncreas, 390 de rim, 235 de fígado e 27 de pulmão. Mais de 90% dos transplantes realizados no Brasil são pelo Sistema Único de Saúde/SUS.

Mato Grosso deu início a essa atividade em 1966, através do implante de coração, seguindo o enxerto ósseo, córnea e rim.

Em 1997, a Secretaria de Estado de Saúde de MT fez parceria com o Ministério da Saúde aderindo ao SNT³ para criar a Central de Transplantes em Mato Grosso, através da Portaria nº 047/SES, visando atender as pessoas que buscam tratamento dentro e fora do estado de Mato Grosso.

Atualmente, a CNCDO⁴ é constituída de uma Coordenadoria e duas gerências administrativas, sendo a gerência de Captação e Distribuição de Órgãos responsável pelo acompanhamento de todo o processo de doação de órgãos dentro do estado. Quanto a Gerência de Controle de consultas e exames de pacientes em pré e pós transplantes, têm a principal função o controle e marcação de consultas e exames especializados dos pacientes que procuram tratamento e recuperação da saúde.

Para a efetivação do processo de doação e Transplantes a Secretaria de Saúde de MT firmou parcerias com o Hospital Geral Universitário de MT para retirada e transplantes de múltiplos órgãos e, com o Hospital de Olhos para Transplantes de Córneas, com objetivo de atender os pacientes que precisam de transplante e consequência na mudança do Cenário Brasileiro na diminuição do índice de mortalidade de pacientes que aguardam em lista de espera para transplantes.

O Ministério da Saúde vem se empenhando em campanhas educativas permanentes de doação de órgãos em todo país buscando informar à população sobre a importância do ato de doar. A divulgação busca essencialmente sensibilizar e conscientizar a sociedade brasileira sobre a realidade das pessoas que precisam desse tipo de tratamento, através da tomada de consciência, reflexão da vida e morte e discussão da regulamentação e aplicabilidade da Lei de Transplantes no Brasil. Ou seja, levar o espaço de discussão para além dos lares que apresentam enfermidades que necessitam desse tipo de tratamento. Sabe-se

³ Sistema Nacional de Transplantes

⁴ Central de Notificação Captação Distribuição de Órgãos

que uma população informada e consciente sobre o assunto facilita a compreensão do verdadeiro sentido do ato de doar, para tomada de decisão consciente.

Conforme a Lei 10.211 de 23 de março de 2001, Art. 1º,

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. 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.

Para aderir ao programa Ministerial de incentivo à doação, colaborar na evolução da nossa cultura em doar; mato grosso investiu em uma série de campanhas educativas com a mesma proposta contando com a parceria de órgãos governamentais, não governamentais, filantrópicos e sociedade em geral. As campanhas são planejadas, organizadas, programadas e executadas dentro dos preceitos éticos e legais do transplantes, com a proposta inicial de informar, orientar e sanar as dúvidas da população oriundas muitas vezes de mitos e lendas da sociedade.

Em 2008, a CNCDO/MT inseriu em seu programa de ações a divulgação do tema “doação” com a finalidade de tirar os pacientes em lista de espera para transplantes. As campanhas vêm mostrando o interesse que a população demonstra ao levar o assunto para conhecimento e discussão do tema. Perguntas variadas surgem sobre o tema, como por exemplo, a quem se destinam os órgãos? Quem pode ser doador? Quais as enfermidades que precisam desse tratamento? As causas das doenças que evoluem para o transplante. Essas atividades contribuem para a mudança do cenário mato-grossense em relação à cultura de doação e transplantes.

Em 2004, a Omni e a radio Bandeirantes tiveram um trabalho social a partir de pesquisas comportamentais para ajudar as empresas e o governo a adotarem ações sociais focadas nas necessidades reais. Observou-se nos países com alto índice de doações, uma sociedade sensibilizada e esclarecida sobre a doação de órgãos, com disposição e empenho para tirar os pacientes que aguardam em lista de espera e diminuir o índice de mortalidade em decorrência dessa falta.

Conforme Registro Brasileiro de Transplantes (RBT), o índice de doações no Brasil vem aumentando paulatinamente, apresentando uma evolução significativa em termos

de doação de órgãos e tecidos. Pesquisadores da área Bartira de Aguiar Rosa; José Pestana; Janine Schirmer comenta no artigo: "Impacto de doação de órgãos em seus familiares" que... *"o ato de doação altruística é o fato dele ser sustentado na bondade, no desprendimento, na incondicionalidade, na renúncia e até no sacrifício , constituindo- se além do mais, em atitude emocionalmente gratificante para seu autor, por tudo isto as doações constituem uma virtude social"*. Observa-se nos países com alto índice de doações, uma sociedade sensibilizada, esclarecida com a cultura da doação e empenhada na diminuição do quadro de mortalidade de pacientes que aguardam pelo transplante em lista de espera.

A Secretaria de Estado de Saúde através da Coordenadoria de Transplantes desenvolveu um programa de capacitações permanentes em transplantes nas Unidades hospitalares do estado de MT em obediência à determinação da Portaria GM 1.262 de 16/06/06, instituindo a criação das Comissões Intra Hospitalares de doação de Órgãos e Tecidos Para Transplantes (CIHDOTTs)⁵, atualmente substituída pela instituição da Portaria GM 2.600 de 21/10/09 com a criação da Organização à Procura de órgãos(OPOS)⁶, com a finalidade de organizar o Sistema de Captação e estratégico para aumentar a doação de órgãos no país.

Foi observado, nos cursos de formação das CIHDOTTs promovidos e executados em MT, a necessidade do aprendizado na formação acadêmica do profissional de saúde que é inserido nesse processo. A formação do profissional de saúde deixa a desejar quanto ao preparo teórico e técnico para lidar com a morte e as reações psicoemocionais dos enlutados. Questão delicada que requer preparo profissional para as intervenções específicas na compreensão do luto, seu enfrentamento e possíveis seqüelas na elaboração do luto. Observa-se com frequência a insegurança dos profissionais dos cursos de formação das CIHDOTTs para realizarem a Entrevista Familiar para Doação de Órgãos, lidarem com as reações dos enlutados diante da perda, como tratar a família e falar de vida e morte com os enlutados. Para o profissional de saúde inserido no contexto de morte, tem uma das tarefas mais difíceis com as famílias, dar a notícia de morte para quem espera pela vida!

A profissional lida duplamente com a dor, além da sua, dos próprios conflitos internos, precisa compreender os conflitos dos familiares, acolher em suas dores e emoções no contexto de morte traumática. Ou seja, um papel difícil que exige capacidade psico emocional para intervenções técnicas e, sobretudo humanas enquanto facilitadoras da saúde física, mental e emocional dos enlutados.

⁵ Comissões Intra Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

⁶ Organização a Procura de Órgãos- Novo Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes

Atualmente, a sociedade científica, mostra-se preocupada e interessada em mostrar à sociedade acadêmica a importância de se trabalhar o profissional de saúde em termos de subsídios teóricos e práticos para intervenções institucionais em situações de morte e do morrer. Observa-se neste presente trabalho, um número significativo de pesquisas no campo da morte e do morrer especialmente feita pela grande maioria por profissionais médicos.

Mato Grosso, como todo o Brasil, não dispõe de serviços especializados em perdas e luto para as devidas intervenções como parte do processo de tratamento e atendimento de saúde. Não há espaços nas unidades hospitalares para reflexão dos pensamentos, fantasias e emoções provocadas diante das perdas e enlutamento dos pacientes ou familiares. São com frequência, abafados, negados e repercutidos geralmente na relação com o paciente e familiares enlutados. As emoções quando não compreendidas pelo profissional, tende a se manifestar de forma defeituosa, interpretada pelos familiares como, por exemplo: frieza ou insensibilidade do médico, outros ainda, podem ser comentados, como: uma relação que evita o olhar ao falar sobre o diagnóstico ou prognóstico do paciente, comunicação confusa, irritabilidade, impaciência, insegurança para realizar a entrevista familiar, não notificação da abertura do protocolo de possível ME à CNCDO e outros advindos do mesmo processo justificados como defesas diante da angústia vivenciada e não trabalhada. É comum ouvir dos familiares que aguardam os médicos nos corredores dos hospitais para saberem notícias do parente internado e receberem respostas diferentes com informações confusas e sem brechas para fazerem perguntas sobre as suas dúvidas. Usar termos técnicos para falar do diagnóstico ou prognóstico, de forma que a família além de não compreender deixa brecha para alimentar falsas esperanças, é uma conduta profissional que gera muita angústia, insegurança e desconfiança nos familiares quanto a credibilidade de cunho profissional, inclusive influenciando na decisão da família do possível doador de órgãos. Essas condutas denunciam as dificuldades que os profissionais apresentam para lidarem com a morte, inclusive, a morte repentina. Espera-se nesse contexto de vida e de morte uma conduta, que além de técnica e humana, uma conduta profissional regida nos preceitos éticos/legais em prol da saúde e da recuperação do luto.

2 OBJETIVO GERAL

Identificar as produções científicas sobre a atuação do profissional de saúde frente à Morte Encefálica no Contexto de Doação de Órgãos, no período de 2005 a 2010.

2.1 Objetivos específicos:

- Relacionar as produções científicas com a formação profissional dos pesquisadores;
- Identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde frente a Morte Encefálica e Doação de Órgãos evidenciados pelos autores pesquisados;
- Identificar as dificuldades dos profissionais de saúde frente à comunicação da Morte Encefálica e Entrevista Familiar para Doação de Órgãos;
- Identificar o preparo acadêmico do profissional de saúde para lidar com situações de perdas e luto.

3 JUSTIFICATIVA

O processo de doação é um conjunto de ações e procedimentos que consegue transformar um potencial doador em doador efetivo. Este trabalho pretende identificar as representações psicológicas do profissional de saúde diante do potencial doador para compreender as ações e reações comportamentais diante da morte e doação de órgãos. Observa-se na prática o despreparo do profissional de saúde ao lidar com o sofrimento do paciente ou familiares diante da morte e do morrer. Sua formação é voltada para a doença e não para o doente, para o orgânico sem considerar o emocional, o psicológico. Fragmenta-se o ser humano em partes, investiga-se as partes isoladamente ao invés de uma visão do todo, um olhar clínico da totalidade humana, para dar um feedback mais apurado, sensível e essencialmente necessário nas construções e rompimentos dos vínculos afetivos na constituição das relações humanas: os sentimentos e emoções no universo da subjetividade. O profissional ao se deparar frente a morte sente-se “desamparado, desarmado” ao precisar lidar com a dor do paciente ou familiares que perdem seus entes queridos, principalmente em situações de morte repentina, que os familiares são pegos repentinamente com a notícia de morte de um parente jovem.

No Brasil, a formação médica segue o modelo cartesiano: corpo x psiquismo x ambiente, sendo tratados separadamente, sem visões e ações interacionais. Contrariamente ao modelo sistêmico: corpo-psiquismo e ambiente se interagem na visão profissional, com análise conjunta da pessoa ou família em sofrimento.

A formação e rompimento de vínculos fazem parte do relacionamento humano, fenômenos naturais nas interações das relações institucionais e imprescindível o exercício da reflexão dos mesmos para o conhecimento, compreensão e a devida intervenção nas situações de perdas em geral e especialmente as perdas traumáticas. A compreensão desses fenômenos habilita o profissional a lidar com a dor do outro frente à morte, a entender as reações emocionais e comportamentais dos enlutados, que viabilizam um atendimento humano e ético nas intervenções no processo de doação de órgãos. Os familiares entrevistados em grande parte por esta pesquisadora expressaram insatisfação quanto ao atendimento médico, no sentido de tratamento, do relacionamento interpessoal. Outro aspecto considerado neste trabalho, trata-se do momento do “pós consentimento familiar para doação”; a família sente-se muitas vezes abandonada pela equipe (CIHDOTT) que a atendeu. É um momento vivido com muita ansiedade frente ao encerramento do processo de doação e recebimento do corpo do parente falecido para o ritual final: velório e sepultamento.

A Portaria Ministerial nº 1.262, de 16/06/06, em seu Capítulo I, determina: *“somente pessoas treinadas e habilitadas devam realizar as Entrevistas Familiares para doação de órgãos e ou tecidos para transplantes”*. Porém, na mesma Portaria Ministerial, Capítulo II, observa-se a ausência do tema morte na programação abaixo, conteúdo exigido pela Portaria Ministerial, para o preparo do profissional que se pretende habilitar-se na atividade do universo da morte e vida, como o caso de morte encefálica e doação de órgãos. Como se pretende habilitar um profissional no contexto de morte sem prepará-lo para tal função? Percebe-se que a formação em geral do profissional de saúde no Brasil continua seguindo o modelo cartesiano, ou seja, com discurso mágico de um suposto aprendizado na formação pretendida, que na realidade não o prepara para atender as exigências éticas e legais conforme a determinação da mesma Portaria.

Art. 6º O currículo do Curso de Formação de Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante deve seguir as seguintes diretrizes:

- I - Detecção de potencial doador;
- II - Seleção do doador;
- III - Manutenção do doador de órgãos e tecidos;
- IV - Diagnóstico de morte encefálica;
- V - Entrevista familiar para doação e atenção à família do doador;
- VI - Retirada dos órgãos e tecidos;
- VII - Meios de preservação e acondicionamento dos órgãos e tecidos;
- VIII - Transporte dos órgãos e tecidos;
- IX - Informações sobre o doador a CNCDO;
- X - Recomposição do corpo do doador;
- XI - Logística do processo doação-transplante;
- XII Ética em doação e transplante;
- XIII Critérios de distribuição de órgãos;
- XIV Aspectos legais.

Conforme descrição acima, não há exigência do tema comentado, para o preparo profissional que busca subsídios teóricos e práticos na compreensão do luto, enfrentamento e consequências para os enlutados. Inclusive na formação médica em geral esse tema não é abordado. Algumas faculdades no Brasil (regiões sul e sudeste) já apresentam uma nova versão da formação do profissional de saúde de medicina, com inserção do “tema morte” na grade curricular ou disciplina alternativa.

Apropriando-me das palavras de Sayd, (1993, p. 78):

O que a escola ensina efetivamente é o que o médico deve passar por agonizantes ou por seus próprios sentimentos a respeito da morte, como se ambos não existissem. É o aprendizado de um esquecimento, de uma ocultação, realizado sem palavras, sem elaboração explícita, apenas no impacto visual. A exibição do espetáculo do doente desvalido, do abandono do doente crônico após o diagnóstico e da abundância do caso terminal faz um aprendizado por desgaste, por desvalorização, onde a morte e a não onipotência do médico, de tão conspícuas, tendem a se tornar invisíveis.

Constata-se uma demanda teórica e técnica de como lidar com familiares diante da morte nos cursos de Formação das CIHDOTTs realizados pela Coordenadoria de Transplantes de MT. Os profissionais são inseridos nesse contexto com recursos mínimos de aprendizado para comunicação da morte encefálica e entrevista familiar para doação de órgãos.

É comum os enlutados apresentarem comprometimento afetivo e cognitivo no momento do impacto da perda. Todo investimento psíquico está voltado para o ente querido; querendo entender o que aconteceu, como ocorreu, por que aconteceu e infinitas perguntas para a elaboração da morte e do luto. Diante do quadro descrito, o profissional encontra dificuldades em “Como aproximar dos parentes que expressam tanta dor, desespero, gritos e revolta pela tragédia para falar em doação de órgãos? Ou seja, um temor de serem considerados insensíveis, e até mesmo agredidos, fazendo-os sentirem-se inseguros frente às famílias do possível doador. Além disso, os profissionais engajados no processo sentem-se muitas vezes da própria equipe hospitalar, tratados com certa hostilidade, como “urubus” à procura de doador! Portanto, as intervenções diante da morte traumática, precisam ser adequadas com preparo técnico e humano para o devido suporte de acolhimento às famílias enlutadas.

Esta pesquisa pretende identificar as maiores dificuldades frente à comunicação da morte encefálica e entrevista familiar para doação de órgãos a fim de subsidiar o profissional tecnicamente dentro dos preceitos éticos, legais e humanos. Preparar o profissional para um olhar crítico, subjetivo a fim de ouvir e compreender o sofrimento do outro, respeitando suas particularidades enquanto pessoa única no mundo. De essa forma entender e compreender as disfunções das comunicações verbais e não verbais expressas nas inter-relações profissionais e familiares, considerando a conjunção de fatores relacionados aos interlocutores. Considerando essa realidade e interferências nas ações de intervenções em morte e doação, este trabalho tem o propósito de identificar as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde diante da morte encefálica no contexto de doação de órgãos, através de

um espaço que permita a reflexão da prática na qual vivencia caladamente as angústias diante de inúmeras perdas traumáticas em seu cotidiano de trabalho.

Como diz Sócrates:... *“Como não é apropriado curar os olhos sem a cabeça, nem a cabeça sem o corpo, então também não é apropriado curar o corpo sem a alma”*.

Este trabalho tem o propósito de identificar as dificuldades enfrentadas pelos médicos intensivistas em comunicar a Morte encefálica às famílias de possíveis doadores de órgãos, bem como das CIHDOTTs que entrevistam as famílias para doação de órgãos. Meu interesse nesse campo se deve a minha experiência com algumas famílias de potenciais doadores de órgãos, revelados e interpretados como “desinteresse, frieza e insensibilidade”, bem como abandono no pós-consentimento familiar para doação. Realidade observada com frequência por pesquisadores da área, que só vem confirmar uma prática comum no ambiente hospitalar em especial no contexto de morte e doação. Revela a importância do investimento na formação do profissional de saúde em intervenção em morte, para a devida intervenção.

Para lidar com enlutados por perdas traumáticas requer habilidade no tato de tratamento das relações interpessoais, inclusive para dar uma notícia de morte como a morte encefálica

Estudos mostram que familiares diante de uma notícia de morte repentino-traumática, ficam com a escuta comprometida por se encontrar em estado de choque. A família tem necessidade de compreender o que aconteceu, de ouvir várias vezes o médico ou outro profissional, para constatação e elaboração da morte. A questão deve ser tratada com toda seriedade e respeito que a situação merece. Trabalhos e situações não terminadas com o enlutado deixam seqüelas. Dar uma notícia de morte (ME)⁷ quase sempre provoca reações explosivas dos familiares que requer do profissional preparo técnico para compreensão e intervenção. É importante que o profissional esteja preparado para lidar com a morte, entender os fenômenos psicoemocionais que interferem nas relações interpessoais, a desenvolver o hábito de pensar na prática, dos sentimentos e emoções suscitados diante da morte encefálica no contexto de doação. Exercitar a reflexão para desenvolver uma escuta aguçada, um olhar diferenciado para o acolhimento humano. É um trabalho de aprendizado e desenvolvimento das habilidades de ouvir o sofrimento do outro, de compreender as possíveis reações diante à notícia de morte, dos comportamentos de defesa frente aos questionamentos dos familiares enlutados e as conseqüências nas interações das relações e ações de todo o processo. Estudos na área mostram as dificuldades enfrentadas no campo da doação de órgãos. O resultado deste

⁷ Morte Encefálica

trabalho visa identificar as necessidades dos profissionais de saúde no contexto de morte e doação, visando essencialmente subsidiar o profissional em termos teóricos e práticos relacionados à suas funções. Pretende desenvolver nos cursos de formação das CIHDOTTs um olhar crítico e clínico, que vai além do conhecimento biológico, o entendimento do campo da subjetividade, da importância e significado afetivo para cada membro enlutado em suas experiências pessoais, familiares e sociais. Ultrapassar o campo fisiológico do atendimento médico, atendendo e compreendendo cada familiar enlutado nas diversas formas de reagir e lidar com a morte. A exclusão do referido tema na formação acadêmica e demais cursos de formação, mantém no anonimato essa realidade, com a manutenção da conduta de negação frente à morte.

Este trabalho pretende também analisar os significantes do contexto de morte encefálica vivenciada pelos profissionais envolvidos no processo de doação/transplantes, visando melhorias na qualidade dos cursos de Formação das CIHDOTTs organizados pela Coordenadoria de Transplantes de MT. O preparo profissional para lidar com a morte possibilita recursos internos que o subsidiará nas diversas ações do processo de morte e doação de órgãos. Visa desenvolver habilidade e sensibilidade no profissional para o trato das relações entre as equipes e familiares enlutados nas diversas situações de crises.

Conforme as queixas dos familiares de doadores de órgãos e experiências com profissionais de saúde nos cursos de formação das CIHDOTTs, no módulo da “entrevista familiar”, revela a fragilidade da formação acadêmica em termos de preparo profissional para atuar no contexto de morte e doação de órgãos. Os cursos de formação das CIHDOTTs mantêm-se na mesma linha de formação: “modelo cartesiano”, conforme é observado no conteúdo programático dos cursos determinados pela Portaria Ministerial. A não inserção do tema revela-nos uma “cegueira” frente às questões psicológicas, emocionais, sociais e culturais, inerentes à condição humana e portanto, imprescindível o conhecimento desse “saber” para o devido comunicar e entrevistar. As reações dos familiares enlutados quando não compreendidos pelos profissionais, podem trazer consequências prejudiciais não somente no processo de doação/transplantes, mas também no processo de elaboração do luto. É um assunto que vem preocupando alguns profissionais da área, sensibilizados com o sofrimento humano, que vai além do fisiológico. Apontam para a necessidade urgente de um novo modelo de atendimento- “modelo sistêmico” inserindo na “bagagem” daquele que se propõe a trabalhar no contexto de morte: morte encefálica e doação de órgãos.

Observa-se que há um grande número de pesquisas realizadas com familiares de doadores de órgãos. Porém, não acontece o mesmo em relação às experiências dos

profissionais de saúde diante da morte no contexto de doação de órgãos. Desta forma, esta pesquisadora teve interesse em eleger a abordagem das experiências profissionais diante da morte encefálica no contexto de doação de órgãos.

]

4 MORTE

Áries (1977) diz que o tema morte se tornou um interdito nos séculos 20 e 21. O homem, sendo banido da comunicação entre as pessoas, embora ela esteja cada vez mais próxima das pessoas, denominada como morte escancarada, relacionada à violência nas ruas e transmitida por meio da comunicação. Ao mesmo tempo em que é interdita, é companheira cotidiana e sem limites (Kovács, 2009). A morte ainda é tratada com silêncio, percebe-se na ausência da fala e do pensar, não sendo possível nem falar do seu medo diante de uma enfermidade que por si, já denuncia a morte. É comum esse comportamento frente ao morrer e à morte, o interdito é denunciado com comentários castradores, inibidores da expressão do sentir, da dor. O interdito surge como um “corte”, no falar, no pensar no sentir e no agir... O medo de morrer é universal e atinge todos os seres humanos, independente da idade, sexo, nível sócio-econômico e credo religioso. Expressa a falência de uma relação afetiva, de um sonho, de um desejo, de uma existência.

Para Casellato as representações sobre a morte, são permeadas por valores, crenças e informações advindas da religião, da cultura e da ciência. Todo esse aparato não explica as questões suscitadas no homem quanto às tentativas de controle e domínio sobre a morte, provocando uma forte sensação de impotência, que pode gerar grandes angústias e ameaças à integridade psíquica. O homem é o único animal que sabe por antecipação, da própria morte, portanto ele sofre por essa certeza, experimenta sentimentos diversos diante do inevitável.

Bromberg & Idquocomo (1994) dizem que o ser humano aprende com a própria cultura a não falar da morte, a não pensar na sua finitude e muito menos, expressar o mais cruel dos sentimentos vivido pelo homem- a dor de uma perda definitiva de um ente amado. As interpretações atuais sobre a morte constituem parte da herança que as gerações anteriores nos legaram. A morte natural deu lugar à morte monitorada e às tentativas de reanimação. Kastenbaum e Aisenberg (1983) lidam com duas concepções em relação à morte: a morte do outro, da qual todos nós temos consciência e a concepção da própria morte, a consciência da finitude, na qual evitamos pensar, pois para isto, temos que encarar o desconhecido, o que causa tanto medo que nem ousa pronunciar o seu nome. É uma questão que atravessa a história, é uma questão essencialmente humana

4.1 Morte encefálica

O conceito de Morte encefálica surgiu na França. Do ponto de vista legal foi na Finlândia em 1971. Já no Brasil, foi reconhecido e definido em 1997, através da Resolução CFM N° 1.480/97. É um conceito recente na história da medicina. Muitos pacientes que antigamente morreriam rapidamente, atualmente conseguem ter suas funções cardiopulmonares mantidas por muitas horas ou dias. Alguns desses recuperam-se completamente, outros, variados graus de seqüelas e alguns permanecem por horas ou dias em um estado de coma apnéico supra-espinal irreversível antes de o coração parar de bater – eles estão em morte encefálica (Jennett, ET AL, 1981).

Morte encefálica é definida como a parada definitiva e irreversível do encéfalo (cérebro e tronco cerebral), que provoca em poucos minutos a falência de todo o organismo. O diagnóstico, quando concluído, retira qualquer esperança de recuperação ou sobrevivência. Devido aos contínuos avanços médicos, haverá cada vez mais pacientes mantidos por sistemas de suporte ventilatório, com temperatura corporal, pressão sangüínea, pulso, nutrição e necessidades de fluidos mantidos artificialmente, mas com um cérebro morto.

O cérebro é um órgão complexo que controla os processos do pensamento, movimentos voluntários e involuntários do indivíduo e outras funções corporais vitais, incluindo a sensibilidade auditiva, olfativa, visual e tátil, a regulação da temperatura corporal, pressão sangüínea, respiração e frequência cardíaca.

O coração pode continuar a bater sem o cérebro, através de uma resposta autonômica. Nesse momento, começa uma corrida contra o relógio, considerando o tempo de cada órgão para o transplante. Quanto mais cedo a informação chegar, maior a chance de conseguir avaliar o potencial doador, consultar os familiares sobre a possibilidade de doação e organizar a cirurgia de extração.

Há poucas décadas, o conceito de morte estava estritamente relacionado à parada das funções cardíacas e respiratórias. A cessação definitiva da vida, entretanto, com os avanços técnicos e científicos alcançados nas décadas de 50 e 60, tornou-se possível manter o paciente com as funções cardíacas e respiratórias, mesmo com o encéfalo não funcionando mais. Essa nova definição gera resistência não somente à população, como também entre os profissionais de saúde, motivo pelo qual o Brasil revela um baixo índice de notificações de abertura de protocolo de possível ME, de recusas familiares, não desligamento do suporte terapêutico em indivíduo não doador, de comunicações tardias do possível diagnóstico e não realização de entrevistas familiares para doação.

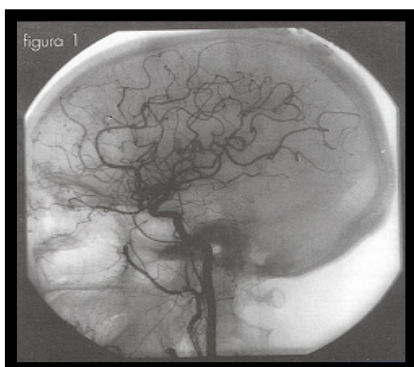
É comum surgir um fator agravante nesse contexto: a não compreensão do conceito de morte encefálica. Familiares quase sempre demonstram dificuldades na aceitação do diagnóstico, com dúvidas das informações prestadas pelos profissionais, demonstram insegurança e desconfiança frente ao diagnóstico. Somando a essas dificuldades surge outro fator que agrava a desconfiança dos familiares; “o não desligamento do suporte terapêutico do indivíduo não doador de órgãos em morte encefálica”. O suporte continua sendo mantido, no indivíduo não doador, aguardando a parada do coração; ou seja, é difícil o profissional desligar os aparelhos frente ao indivíduo não doador, conforme determina a Resolução do CFM Nº 1.826/07 em seu artigo 1º “É legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes”. É de interesse desta pesquisa saber o significado, por exemplo, da conduta citada acima. Questionamento como esse não surge somente por parte dos familiares enlutados, de profissionais que acompanham o processo de diagnóstico e possível doação.

Desde o início da civilização o homem entendeu o conceito de morte com a parada do coração. Santos, Franklin (2009).

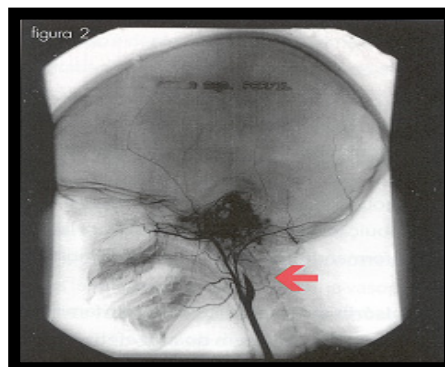
Historicamente a morte do organismo humano tem sido determinada pela ausência de batimento cardíaco e respiração. A partir da cessação dos sinais vitais e à medida que as células do corpo morrem, sinais avançados da morte tornam-se evidentes: falta de certos reflexos nos olhos, queda da temperatura, a descoloração púrpura avermelhada de partes do corpo e rigidez dos músculos. “A maioria das mortes é determinada por ausência de sinais vitais”. A morte biologicamente falando é o momento do termo, o fim da vida. Percebe-se que a morte encefálica é causa de muita resistência por parte de familiares e profissionais para doação confundem com o estado de coma, levando a crer na reversibilidade do quadro. É uma questão cultural. Surge como um novo parâmetro de conceito de morte, passando do modelo cardiocêntrico para o encefalocêntrico. Significa, portanto, uma mudança de conceitos e de encarar a morte, não porque é acompanhada de assistolia (parada do coração), mas porque é acompanhada por uma perda irreversível das funções cerebrais críticas. É classicamente causada por lesão cerebral (lesão traumática maciça, hemorragia intracraniana ou anóxia) que resulta em uma pressão intracraniana maior que a pressão sanguínea (SANTOS, 2009).

Portanto, o novo conceito de morte pode ser descrito como perda irreversível da consciência e da capacidade de respirar. Para a família é de grande importância o acompanhamento do processo investigatório, inclusive, da realização de exame de imagem, para que favoreça a compreensão e aceitação dessa fatalidade. O exame mostra o sinal do

cérebro vazio, diferentemente observado em estado vegetativo, conforme mostra a figura abaixo:



Normal (Com fluxo sanguíneo)



Morte Encefálica (Sem fluxo sanguíneo)

A incerteza dos familiares pode ser minimizada com informações prévias desde o início do processo, da abertura do protocolo de possível ME, com esclarecimento prévio do estado grave, da hipótese diagnóstica, possibilitando ao enlutado o preparo para elaboração da morte. Tempo necessário para elaborar a perda, amenizar a angústia, permitindo a expressão das dúvidas, o devido recebimento de informações necessárias sanar as dúvidas e compreender as condutas tomadas no processo de investigação diagnóstica e mesmo para desligamento do suporte terapêutico em situação de não doação. Para comunicar a notícia de morte encefálica aos familiares, o médico precisa além de segurança na realização do diagnóstico, de tato, habilidade e sensibilidade para entender a família em seu sofrimento e comunicar a notícia de morte com a devida compreensão dos aspectos psicológicos para o acolhimento devido. Momento experimentado pelas equipes e familiares com grande tensão e conflitos. É comum queixas dos familiares de falta de informações do quadro diagnóstico do parente. O fenômeno morte e suas implicações nas relações com os familiares e papel profissional. Compreendendo suas reações e condutas no contexto de morte e doação de órgãos. Os profissionais envolvidos no processo de doação trabalham com mais um agravante, a desconfiança dos familiares que desconhecem a legalidade do processo de doação, imaginam ter “algo por trás do pedido de doação” para vantagem própria. A construção de um trabalho alicerçado nos preceitos ético e legal contribui na confiança da comunicação da morte pelo profissional médico, até mesmo para recusar a doação sem culpa, uma vez que “Doação é opcional e não obrigação”.

4.2 Morte traumática

Considerada quando é abrupta, inesperada, não compreendida, o impacto é mais intenso, mais doloroso pelo inesperado. Quanto menos se espera maior o impacto. Morte Traumática, já caracteriza o teor do impacto sobre as pessoas diretamente ligadas a tragédia.

Quando a morte é súbita, inesperada e prematura, interfere no curso do luto (Stroebe & Schut, 2001). Apesar de alguns tipos de morte certamente serem consideradas mais traumáticas que outras. Causas, circunstâncias e relacionamentos variados juntos, determinam se uma morte é traumática ou não. A morte pode ser considerada traumática quando ela é contrária a ordem natural, desafiando nosso senso de controle ou ameaçando nosso bem – estar. Há fatores que influenciam a resposta do enlutado, incluem a duração do evento, o tipo de danos, bem como a cultura da família. A morte encefálica geralmente ocorre em decorrência de acidentes. Pessoas jovens em plena atividade, cheio de sonhos, esperanças, que inesperadamente são arrancados da vida. Contrariando toda a lei da natureza. Em que os pais se pegam surpresos, chocados e desorganizados com o inesperado. A família leva mais tempo para elaborar o acontecimento e aceitação da nova realidade. E. Gomes, diz que o trauma causa emoções fortes, com pouca chance de elaborar ou tolerar o acontecimento pelo menos no primeiro momento. Com o choque, a pessoa sai do eixo e perde as defesas comuns, como se todos os mecanismos existentes não servissem mais. A pessoa passa a se sentir impotente, sem controle sobre si mesmo (2008).

Para Rando (1993), a morte traumática deve ser diferenciada de experiências internas subjetivas que abordem o sentimento de trauma, como o sentimento de impotência, a percepção de atemporalidade etc. As circunstâncias consideradas mais traumáticas de uma morte são: Inesperado, violência, mutilação, destruição, Aleatoriedade. Em cada uma dessas situações as circunstâncias externas são tais, que produzem a desordem psíquica e comportamental resultante do estresse mental ou ferimento físico, conhecido como “trauma” (MERRIAM WEBSTER DICTIONARY, 1987).

Para Figley, o conceito de trauma é um estado emocional de desconforto e estresse resultante de memória de uma experiência extraordinária e catastrófica a qual despedaçou a sensação de invulnerabilidade do sobrevivente. Uma fase de negação e amortecimento é usualmente testemunhada em reação inicial a um evento traumático. Após essa fase o indivíduo é confrontado com fases de intrusões repetidas de lembranças

traumáticas, apesar dos sentimentos ou comportamentos que alteram repetidamente entre negação e entorpecimento.

Trauma psicológico é um tipo de experiência que pode produzir uma sintomatologia no pós-trauma em qualquer pessoa, independente das características anteriores ao trauma. A não ser que existam evidências de uma patologia pré-existente para influenciar as reações pós-traumáticas. Especialmente em casos de morte não natural (acidentes, suicídios e homicídios) envolvendo graus variados de violência, volição e violação, é imperativo que o estresse pós-traumático, o questionamento compulsivo, e a vitimização, sejam entendidos como consequências psicológicas de um colapso defensivo e não de um conflito inconsciente (Rynearson, 1987). Para Rando (1993) os efeitos pós-traumáticos complicadores do luto mais comuns, são a ansiedade, as reações e sensação de impotência que geralmente constitui a reação central da experiência traumática, a culpa de sobrevivente, uma ou mais dimensões do entorpecimento psicológico, reações repetitivas ao trauma, mundo hipotético violado, necessidades de formular significado no trauma e distúrbios de personalidade. Em geral são problemas pós-traumáticos que o cuidador vai precisar focar no atendimento.

4.3 Luto

Luto é um processo de elaboração e resolução de alguma perda real ou simbólica pelo qual todos os seres humanos passam em vários momentos da vida com maior ou menor sucesso. A elaboração do luto permite à pessoa encontrar novos rumos. A não elaboração pode significar complicações médicas e ou psicológicas (KOVÁCS, 2009).

Franco (2002) e Kovács (1992), o tempo do luto é variável; e em alguns casos esse processo nunca termina. Há sentimentos de profunda tristeza, desespero, desânimo e solidão. Cada pessoa fica enlutada à sua maneira, sendo uma experiência pessoal e única para cada um. Mascarar ou fugir do luto pode causar ansiedade, confusão e depressão, com influências físicas e psíquicas. Kovács (2008) afirma que perda é um dos processos mais desorganizador da vida humana, não somente pessoas, mas qualquer processo que envolve mudança de vida, denominada de pequenas mortes, pelo fato de implicar o desaparecimento de uma condição antiga/conhecida, e a obrigatória passagem para uma nova e desconhecida fase.

De acordo com Parkes (1998): “Pesar é utilizado para falar da experiência de tristeza profunda ou violenta, enquanto que luto; implica a expressão dessa tristeza”. Na

década de 60, por exemplo, usava-se roupa preta para expressar o sentimento de tristeza de morte. Hoje, isso não mais acontece. Nossa cultura desvalorizou esse hábito de comunicar ao mundo uma situação especial vivida pelo enlutado, que pelo modo de vestir-se “pedia” um tratamento diferenciado. Essa mudança acarreta em consequências negativas, não favorecidas para uma elaboração do luto. São casos que ocorrem geralmente com pessoas jovens, morte por acidente, interrompendo uma vida drasticamente, sem dar tempo às famílias de entenderem a tragédia vivida. No processo de luto, é importante a distinção entre o tempo emocional e o tempo cronológico, porque o tempo cronológico não é necessariamente uma medida significativa quando lida com alguém que experimenta uma perda ou a ameaça dela. Franco, Tinoco, Mazorra (2002) afirmam que perdas repentinas, violentas podem ser fatores de risco no processo de luto, por serem mais difíceis de serem elaboradas.

O comportamento de ajuste envolve o conceito psicológico de elaboração, que significa gerenciar, lidar ou enfrentar um problema e, entre outras coisas, envolve a maneira que tentamos controlar coisas como o medo, negação, perda e ameaça de perda. Em geral, luto é um processo de elaboração.

Para Crepaldi (2003), a morte é difícil tanto para quem está morrendo como para os familiares. O enfrentamento se dá de maneiras diferentes, depende do padrão de relacionamento existente entre a pessoa que está morrendo e sua família, do seu papel no meio familiar, das crenças sobre a morte e do tipo de morte (súbita ou prolongada). Quando a morte é prolongada existe um tempo maior de preparação para a mesma. Observa-se, na prática, que o sofrimento das pessoas envolvidas em “romper” o vínculo é tão forte que desejam um adiamento do momento da morte, e quando ocorre, o enfrentamento é com muita dor e sofrimento. Considerando estes aspectos, a intervenção psicológica tem possibilitado a minimização desse sofrimento, atuando de forma a orientar e estimular os familiares enlutados a conversarem sobre temáticas como despedidas, agradecimentos e pedidos de perdão que julgarem necessários de forma a possibilitar uma redefinição nas questões pendentes no relacionamento familiar.

Já a morte súbita ou repentina, ocasionada por motivos tais como: acidente, suicídio, acometimentos físicos fulminantes, homicídios, é um fenômeno desencadeador de reações para as quais as pessoas não estão preparadas e, portanto, podem causar impactos e consequências tanto imediatas como posteriores, mais devastadoras do que aquelas causadas por uma morte anunciada, como por exemplo, causada por uma doença crônica ou terminal (FONSECA, 2004).

O curso do luto pode ser particularmente problemático em morte súbita, gera na pessoa enlutada uma sensação de irrealidade sobre a perda. Apresenta comportamento confuso, irritabilidade, paralisada, como também pesadelos e sentimentos de culpa. Casos de homicídios e acidentes têm uma necessidade de compreender o ocorrido: “o que houve como foi que aconteceu e por quê?”, trabalhos e situações não terminadas ao que morreu deixam seqüelas significativas, necessitando ser tratadas enfocando a realidade da perda (WORDEN, 1998).

4.4 Reações frente à morte

Para Parkes (1998), o luto passa por fases, com características peculiares de cada uma.

Entorpecimento: choque, entorpecimento e descrença são expressões associadas nesta fase. Quanto à duração, pode ser de poucas horas ou de muitos dias, podendo ser intercalada por crises de raiva ou de intenso desespero. A perda pode levar a pessoa a sentir-se aturdida, atordoada, desamparada, imobilizada, perdida. Como forma de defesa, surge a negação inicial da perda, podendo o enlutado, também, dar continuidade à vida como se nada houvera acontecido.

Anseio e protesto: Caracterizado por agitação física e sofrimento psicológico. À medida que a pessoa amplia a consciência da perda, o enlutado anseia reencontrar a pessoa perdida, revelando-se, de modo obsessivo, preocupado com lembranças e objetos do morto. Ocorrem crises de profunda dor, choro e desejo insuperável de recuperar o ente querido. A sensação da presença do morto, o pouco valor dado a tudo que não estiver relacionado à pessoa falecida, a introversão e o afastamento também podem se manifestar. Franco comenta que é comum o enlutado sentir muita raiva, inclusive dirigida contra si mesmo, na forma de acusações com sentimentos de culpa por pequenas omissões de cuidado que possam ter acontecido com o morto; às vezes é dirigida contra outras pessoas, principalmente, aqueles que oferecem consolo e ajuda; a raiva também pode ser dirigida contra o morto, pelo abandono que provocou. (...) Convém ressaltar que a raiva, mesmo sendo intensa e freqüente nesta fase não é indicativa de luto patológico.

Desespero: Quando se reconhece a imutabilidade da perda, sendo uma fase muito mais difícil que as anteriores. Surge um quadro de apatia e depressão, afastamento e falta de

interesse, dificuldade para se concentrar em tarefas rotineiras ou dar início a atividades. Superar essas reações costuma ser um processo lento e doloroso.

Recuperação e restituição: A depressão e a desesperança se mesclam progressivamente a sentimentos mais positivos e menos devastadores. Há possibilidade de aceitação das mudanças em si e no mundo, resultando daí uma nova identidade. Inicia-se a retomada da independência e da iniciativa; a busca de novas amizades e antigos relacionamentos, o que só será possível com o afastamento crescente das lembranças da pessoa morta. A recuperação não impede que sintomas já vencidos possam reaparecer em datas especiais, como o aniversário de nascimento, de morte, de casamento, caracterizando o fenômeno conhecido como reação de aniversário.

Consideram-se cinco reações importantes no processo de enlutamento:

a) Negação da morte- Não acredita na notícia recebida. Ex: ...“Não, não pode ser, ela saiu daqui agora, bem, ou, “não é possível, você deve estar enganado, ela não pode estar morta”. As pessoas parecem tentar convencer a si mesmas, que a morte realmente não aconteceu.

b) Questionamento. Procuram-se razões para a morte. É comum neste período ouvir comentários, tipo: “Como aconteceu?” “Quem estava com ele?” “Por que morreu?” Em geral, a causa da morte é procurada. É importante para a elaboração da perda, para a aceitação. Quem trabalha com desastres, é importante a paciência para tratar os enlutados, os quais fazem repetidas perguntas, incompreensíveis do ponto de vista racional, mas perfeitamente compreensível no nível das emoções.

c) Raiva. A reação é de revolta, procura justificativa para a fatalidade. Normalmente é expressa por frases como: “Por que isso tinha que acontecer?” “Eu posso pensar em um numero grande de pessoas que merecia morrer mais do que ela.” As pessoas podem reagir com agressões verbais aos profissionais que os atendem, culpá-los, chutar objetos, esmurrar paredes ou demonstrar outras formas de comportamento violento.

Para o profissional envolvido com desastres; lidar com a raiva da pessoa enlutada pode ser frustrante e, algumas vezes, até mesmo perigoso. A raiva pode ser direcionada a pessoa mais próxima, independentemente das conseqüências. Contato visual direto e explicações honestas oferecidas racionalmente são especialmente benéficos em lidar com enlutados muito raivosos.

d) Culpa ou Acusação. Tendência a procurar alguém ou algo responsável pela morte ou pelo desastre. A culpa pode ser delegada a uma pessoa ou a algum evento ou agente externo.

Em casos de acidentes, desastres ou mortes violentas, os problemas se tornam ainda maiores, na maioria das instancias de mortes acidentais ou violentas, existe a tendência de por a “culpa” da morte em alguém ou alguma coisa.

e) Desespero é outra reação comum nos enlutados. Caracteristicamente, a pessoa enlutada evita contato visual direto com outras pessoas. Após a morte as pessoas enlutadas apresentam muitas necessidades pessoais que precisam ser cuidadas. Lidar com o enlutado não é fácil normalmente. “Ser gentil e oferecer assistência de forma silenciosa é a melhor abordagem de um profissional que trabalha com desastres”.

A síndrome da resposta ao estresse causada por uma morte traumática pode produzir um numero de seqüelas no enlutado que coexiste em diferentes graus com reações de luto.

De acordo com o critério, o tipo de estressor que acarreta o distúrbio, deve ser “um evento psicologicamente estressante, que é fora do alcance da experiência humana usual a qual seria marcadamente estressante para qualquer pessoa, usualmente é sentido um medo intenso, terror e impotência diante da tragédia. O processo de diagnóstico e doação é demorado, leva-se horas com grande possibilidade de causar estresse à família e tensão diante da incerteza da efetivação de todo o processo .

“Não devemos presumir que uma pessoa que desenvolveu um distúrbio mental subsequente a um evento traumático seja uma pessoa que já era danificada na época da exposição (HOROWITZ, 1985).

4.5 Morte na formação do profissional de saúde

A temática da morte vem sendo atraído cada vez mais a atenção de muitos profissionais da saúde. A educação para a morte vem sendo um tema discutido nos meios acadêmicos como imprescindível na formação do profissional da saúde como subsídio para a atuação ética, técnica, humana e profissional. O tema só conseguirá entrar na área de saúde quando as escolas em especial as medicam inserirem o assunto na graduação e também levar o assunto para os profissionais que atuam nos hospitais e especialidades medicas. Os cursos de saúde no Brasil são estruturados com ênfase no conhecimento técnico/ racional, sem considerar os demais componentes da essência humana: o afetivo e emocional. Fato observado no início da formação do estudante de medicina - I ° ano de faculdade quando entra em contato com os cadáveres nas aulas de anatomia. Para Sapir, “o defrontar-se com o

cadáver, os alunos iniciam o desenvolvimento dos mecanismos de defesa imprescindíveis à futura profissão”. Segundo o autor: “... nesse instante, o estudante é confrontado com a morte e passa acionar suas defesas: inicialmente esse contato é difícil, aos poucos o cadáver torna-se objeto de satisfações libidinais, permitindo ao aluno experimentar uma sensação de poder absoluto. Para Valeria Tinoco a educação para a morte é importante para a preparação para a vida. Os momentos de maiores dificuldades, de perdas cotidianas e enfrentamento que vão ajudar a desenvolver recursos próprios para enfrentamentos de situações diversas de perdas durante a existência. Infelizmente, a morte só é enfrentada, quando diante dela ou da possibilidade de vir a perder. Segundo Patrick Dean, Death Education deveria se chamar Life and Loss Education, educação para a vida e perdas, “pois só quando temos consciência da finitude das coisas e de nós mesmos estamos livres para estar no presente e inteiros”.

Pensar na morte, no luto dá uma visão completa do ser humano. Tinoco (2003), para ela: “A Educação para a morte se dá pela comunicação”. Princípio básico de todo o processo educativo. Seu papel é facilitar o processo de comunicação, da expressão dos sentimentos e necessidades do indivíduo e da família...

Os profissionais que vêem a sua função como curar e restabelecer a saúde poderá ser vivenciado como frustração intensa, com fantasias altamente angustiantes, que mobilizam reações que comprometem o efetivo desempenho de sua função. Durante a sua formação são preparados para a manutenção da vida e quando se depara diante da morte ou do morrer, enfrentam dificuldades com repercussão na relação médico paciente e família.

Foi observado na formação médica que os estudantes costumam usar contra a angústia de morte, alguns mecanismos de defesas: negação, racionalização e isolamento das emoções. Diz ainda, que essa angústia distorce a comunicação com familiares sobre a morte, observam ainda a dificuldade na comunicação quando o morto é jovem (QUINTANA, CECIM E HENN, 2002).

Conforme o resultado da pesquisa de Falcão; Mendonça (2009) mostra como os médicos enfrentam a morte; com muita angústia, dificuldade e incômodo para informar ao paciente que ele tem uma doença incurável e que vai evoluir para a morte, uma atividade médica que o curso não prepara adequadamente, conforme apresenta:... O atual modelo de formação médica parece falhar na questão do relacionamento humano, principalmente nas circunstâncias da morte... Quando a morte deixa de ser uma situação controlável, o médico passa a conhecer a outra versão da história, para a qual não somos preparados na universidade. [...] discutir sobre essas questões na medicina pode ajudar muitos profissionais a vencerem barreiras pessoais; compartilharmos idéias, experiências, sentimentos e expectativas

são muito importantes. É preciso repensar. A formação médica, mas isso é muito difícil aqui. Essa escola focaliza excessivamente as questões científicas e técnicas [...] Esse é um problema bastante complexo.

O médico tornou-se responsável por combater e vencer a morte. Assume um papel de onipotência a fim de corresponder às expectativas idealizadas pela sociedade, porém, quando suas limitações são sinalizadas, diante de situações irreversíveis, defronta-se com sua própria finitude e frustração. Esses sentimentos podem provocar o isolamento das emoções, defesa contra a angústia. São comportamentos percebidos pelos familiares do doador como “frieza” profissional. Na verdade é uma defesa utilizada frente à morte, finitude e limitações diante do suposto saber e onipotência profissional. Observa-se na formação dos profissionais de saúde com dois momentos claros de aprendizagem: a teoria e a prática, sendo que os cursos quase sempre não se dedicam a falar da morte e na prática o foco é centrado no trabalho direto de acompanhar o doente e sua família, convivendo diariamente com as particularidades do exercício profissional e o convívio com o morrer (SCHLIEMANN, 2009).

Para Sapir, a busca do conhecimento e a objetividade científica têm a função de aliviar a angústia diante da morte. O mundo subjetivo de cada sujeito em sua particularidade quando entendida, respeitada, e discernida pelo profissional é utilizada em benefício próprio e do outro que o atende em sua singularidade e contexto de vida e morte.

Os médicos são treinados para investigar, diagnosticar e prolongar a vida e curar, entretanto quando diante de um diagnóstico terminal, frequentemente sentem que tem pouco a oferecer. A angústia da morte presente na sociedade ocidental reflete-se na educação médica e nas atitudes dos médicos perante a morte (SANTOS, 2009).

De acordo com Santos (2009, p. 70),

O Brasil há apenas duas faculdades de medicina que oferecem aos alunos a disciplina de tanatologia, como optativa na graduação: FMUSP e FMABC, sendo que a FMUSP oferece uma disciplina na pós-graduação (Tanatologia- educação para a morte e também a opção de desenvolvimento de pesquisas (iniciação científica, mestrado e doutorado) não só para médicos, mas para estudantes e pós-graduandos de qualquer área.

Para Alves (2010), é necessário que os profissionais de saúde aprendam a compartilhar, entre si, suas experiências e sentimentos frente às situações de dor, perda e morte, como também os sentimentos que têm em relação ao paciente. Diz ainda, a mesma autora: Para tratar, basta ouvir, mas para cuidar, é necessário que exista afeto.

A gestão do luto, trauma, e estresse deve ser parte da formação básica de todos os membros das profissões de cuidados, e de todos os voluntários que trabalham com vítimas e/ou pessoas traumatizadas.

4.6 Rituais

Em todas as sociedades existem ritos e mitos sobre a morte, pois ela implica a tomada de providências práticas e a reordenação das relações sociais. Há questões lógicas de resolução do ritual. Hoje, são feitos rapidamente, visando à saída da situação mais rápida possível. A importância dos rituais na elaboração do luto possibilita contatos afetivos e de conforto entre os parentes. Tem a função de juntar as pessoas, favorecer a expressão dos afetos no processo de construção de significado e entendimento do ocorrido.

Lisboa et Crepaldi (2003), entendem que para a realização do ritual de despedida é necessário que a família compreenda e aceite a possibilidade da morte para a vivência do luto antecipatório. Pesquisas relatam sobre a importância dos gestos e atitudes na despedida. Quando o familiar utiliza palavras para se despedir, percebe-se que os gestos têm uma importância fundamental, pois reforça o que é dito. Situações em que a pessoa não consegue se expressar oralmente, os gestos são suficientes para a despedida, consideradas como forma de demonstrar carinho e gratidão. A comunicação não-verbal é essencial para os familiares expressarem seus sentimentos, num momento em que, muitas vezes, as palavras podem não ser suficientes ou possíveis de serem ditas.

A religião também é uma maneira de se despedir, nota-se que a religião tem um papel muito importante no enfrentamento aceitação da morte. Cada vez mais se faz necessário considerar este aspecto nas intervenções em situações de morte, pois a religião, em geral, atua como um consolo e um apoio essencial nos momentos de dor. Observa-se a importância no ritual de despedida a compreensão e respeito às crenças e rituais religiosos, como meio dos familiares se despedirem e aliviarem seu sofrimento.

Há estudos que revelam haver necessidade de “liberação para partir”, são depoimentos de familiares com experiências de perdas que “autorizaram” a partida do ente querido (parte do ritual de despedida). É como se o paciente “aguardasse uma autorização” das pessoas que têm vínculo importante, para morrer em paz. O paciente parece sentir, desta forma, que seus familiares também não estão mais suportando o sofrimento, e estão preparados para a morte dele.

Observou-se que estar junto, acompanhar e cuidar do paciente até o momento da morte é uma questão fundamental e uma maneira dos familiares se despedirem aos poucos do seu parente. Segundo os entrevistados, estar próximo, acompanhando a evolução da doença já há algum tempo, facilita a realização do ritual, pois aproxima ainda mais o familiar do seu parente e auxilia na aceitação da morte. Este gesto pode ser suficiente para se despedir. Por isso, pode-se caracterizar o "estar junto", o acompanhar e cuidar do familiar doente, como uma forma de se despedir, pois parece ser uma maneira de ir "fechando" a relação, de se despedir aos poucos e de diminuir a sensação de impotência. Estar junto parece trazer felicidade, trazer a sensação de afiliação e de "missão cumprida" por ter atendido bem seu parente, trazer conforto e a idéia de ter compartilhado com o doente um momento de difícil enfrentamento. Lebow (1976) refere-se aos comportamentos de permanecer junto com o paciente e separar-se dele, em preparação para deixá-lo ir, como tarefas de adaptação para a família da pessoa que está morrendo (CREPALDI, 2003, p. 100).

A qualidade do relacionamento entre os familiares e o paciente influencia na realização do ritual de despedida. Por isso, é importante avaliar a qualidade da relação entre a família e o paciente, para orientá-los com relação ao ritual de despedida, ajudando-os a identificar e compreender suas emoções, facilitando o manejo das intervenções que considerarem necessárias. Se a relação anterior é comprometida, é mais difícil a pessoa conseguir cuidar do familiar que está morrendo, aproximar-se e despedir-se dele. Considera-se como dificuldade maior para a realização do ritual quando há distância emocional entre a família e o falecido, presentes sentimentos de raiva, culpa e orgulho. A orientação para o ritual de despedida deve ser precedida de um atendimento psicológico a fim de aliviar esses sentimentos negativos e redefini-los, para uma despedida eficaz. Diferentemente em situações que não há questões mal resolvidas e motivos para pedidos de perdão, o ritual nesse caso é orientado para agradecimentos e tranquilizar o paciente sobre o bem-estar dos familiares após a sua morte, para "liberá-lo" a partir, e para permanecer junto ao paciente, acompanhando-o e auxiliando nos cuidados.

O ritual de despedida pode auxiliar os pacientes e suas famílias a se reaproximarem e reatarem relações antes da morte, numa tentativa de restaurar as relações prejudicadas e reconstruir a confiança mútua.

Franco (1997) considera importante avaliar a qualidade do relacionamento entre o paciente que está morrendo e seus familiares, pois a maneira como cada um dos membros da família irá lidar com sentimentos de ambivalência, culpa e vergonha depende da relação estabelecida entre eles, e o familiar que reagirá mais à morte iminente será aquele que

estabilizou sua vida através de algum tipo de dependência emocional em relação à pessoa que está morrendo. Por isso, deve-se intervir quando necessário, no sentido de tentar redefinir relacionamentos comprometidos, auxiliando-os no enfrentamento da perda e nas despedidas, pois os ritos de passagem numa família podem ser uma oportunidade para mudanças nos seus padrões de relacionamento.

Pesquisas revelam casos em que o paciente encontra-se em coma, parece não influenciar negativamente na despedida, pois a maioria das famílias acredita que o seu parente que está morrendo "ouve" o que estava sendo dito ou "sente" a presença da família ao seu redor. Isso parece facilitar o momento do ritual de despedida.

Quanto aos efeitos do ritual familiares expressam conforto e tranquilidade. O alívio de culpas e da tristeza ajuda na aceitação da morte e recuperação da família. Imber-Black (1998) destaca a importância dos rituais de luto como facilitadores da elaboração após uma morte, proporcionando mudanças no relacionamento familiar e evitando o surgimento de sintomas.

O que parece diferenciar o ritual de despedida na iminência da morte dos chamados rituais de luto pós-morte é o fato da pessoa que está morrendo também se beneficiar de seus efeitos, de acordo com os relatos dos familiares entrevistados, observaram que o paciente parecia mais tranquilo e sereno, sentindo-se amado quando acompanhado pelos familiares em seus momentos finais.

O modo como o ritual de despedida pode ser feito é abrangente, é importante que respeite a vontade, os limites e o modo pessoal de cada familiar diante da perda. Que ofereça as possibilidades de comunicação verbal, não-verbal, como "estar junto" ou a esperada "liberação" para seu descanso. Ou seja, transmitir a mensagem de que a sua decisão de continuar lutando pela vida ou não, será respeitada e atendida como decisão pessoal.

O ritual de despedida anterior à morte iminente pode ajudar as famílias na elaboração do luto, devido ao alívio dos sentimentos de culpa e outros no contexto de morte e do morrer. As opiniões são unânimes, quanto ao favorecimento do ritual de despedida, bem como a importância atribuída à intervenção psicológica, considerado pelos estudiosos da área como resultados significativos e gratificantes no enfrentamento da iminência da perda de um ente querido.

4.7 Comunicação da morte encefálica

A comunicação de Morte encefálica é uma tarefa delicada para o profissional que terá a incumbência de transmitir uma notícia que implica o fim de um vínculo, de uma relação, de uma existência. É um papel que requer conhecimento, habilidade e segurança no exame realizado para comunicar uma notícia de morte, que o falecido aparentemente aparenta estar “vivo”, com coração batendo. Fato que compromete a aceitação da família por motivo do paciente apresentar batimentos cardíacos, movimentos respiratórios, temperatura corpórea, cérebro morto e coração “vivem”, ou seja, a família não percebe o paciente como morto e sim, como vivo. Crê na possibilidade da reversibilidade, como se tratasse de um estado de Coma. Isso já é uma tarefa bastante árdua para o profissional responsável por essa informação. A missão de dar uma notícia como a morte de um filho jovem é uma tarefa árdua. A qualidade da relação com o falecido, idade, personalidade do enlutado e do profissional, vão entrelaçar nessa rede de relações humanas, consideradas inevitáveis nas reações dos enlutados e dos profissionais enquanto seu papel de comunicação da notícia de morte e acolhimento aos familiares. Observam-se pais que não sabem se devem falar ou não sobre a morte do parente aos demais parentes. Profissionais de saúde se vêem frustrados diante da impossibilidade de salvar a vida do paciente, não sabem como dar a notícia aos familiares (Kovács, 2009). A mesma autora refere-se em seu texto do pensamento do estudioso Young: “A educação para a morte é a possibilidade de crescimento pessoal integral”, é o processo de individuação, desenvolvimento interior durante a vida e que propõe também a preparação para a morte.

Frente ao contato próximo com situações de morte, os profissionais que vêm com a expectativa que sua função é curar e restabelecer a saúde de todos os que lhes procuram, perdendo de vista que a morte é inerente à condição humana, há situações em que o paciente morre, isso passa a ser vivenciado, como frustração intensa por parte dos profissionais que sentem que não foram capazes de salvar a vida que lhes foi confiada. Pode concluir não ter realizado intervenções eficazes para salvar a vida dos indivíduos sob seus cuidados. Frente a isso, em seu cotidiano diante da morte em geral, tende a se afastar das famílias para evitar perguntas que não saberia como responder sem uma possível “explosão”. Sente-se despreparado e esse quadro torna-se mais crítico ao terem que entrevistar as famílias para doação de órgãos. É um momento da família que concretiza a morte, a separação definitiva do parente.

A comunicação é parte do cuidado de saúde, ela se relaciona com as decisões tomadas e também, com a saúde e a qualidade de vida das pessoas envolvidas (Forte 2009).

Comunicar uma notícia de morte não é fácil, uma conversa que requer habilidade e tato do profissional. As crenças, cultura de doação, confiabilidade na realização do diagnóstico, dúvidas, incertezas, defesas diante de seus limites, das reações dos familiares em crise, são aspectos que influenciam na interação do médico com os familiares e ou pacientes.

A medicina moderna mesmo com todos os avanços ainda mantém incertezas. Assumir a condição humana como acima da condição de médico, torna mais fácil o diálogo sobre a morte, os familiares ficam satisfeitos com a informação dada pelo profissional mesmo quando a resposta é incerta, a sinceridade é o diferencial entre satisfação ou não. (Forte, 2009).

A missão de quem trabalha em UTIs, CIHDOTTs e OPOs,⁸ é “buscar” a qualquer hora do dia ou da noite pacientes que se encontram com protocolo aberto de possível Morte Encefálica, condição essencial para a doação, fatos que justificam o preparo profissional para lidarem com questões de íntima relação pessoal e profissional em seu cotidiano de trabalho, principalmente aos que se ingressam nessa área com a função de comunicar o diagnóstico de Morte Encefálica do ente querido aos familiares. Sabe-se que não é uma tarefa confortável para quem a faz, ainda mais com o agravante da morte encefálica manter o falecido com o “coração batendo” e a crença da reversibilidade do quadro pelos familiares.

Ao iniciar o processo investigativo da morte encefálica, o médico tem uma das tarefas mais difíceis; a comunicação da possível morte aos familiares. Parkes observou que a morte repentina de indivíduos jovens é mais traumática do que a morte natural repentina de idosos (1974). Para Worden (1998) a morte súbita gera no enlutado uma sensação de irrealidade, de choque juntamente com sentimento de culpa mobilizados por idéias que poderia ter evitado o acontecido, projetando muitas vezes todos esses sentimentos nos profissionais que os atendem. Estudos realizados nesse campo observam que a morte é sentida pelos familiares quando já há a suspeita da possível morte encefálica, embora neguem-se ao ouvir o diagnóstico. Recorrem geralmente à defesa de negação para suportarem o impacto intenso causado pela notícia, ou seja, alimentam a esperança da reversibilidade do quadro.

Roosevelt (2003) diz que o ser humano ao se defrontar com a idéia do nada, do deixar de ser, e a impossibilidade de representar esse nada é desesperante para o enlutado, o fato de não saber o que ocorre quando a morte chega ,emerge por meio de sentimentos aterrorizantes, sinalizadores de impotência e desespero frente aos mistérios relacionados com a finitude. A negação costuma ser o primeiro mecanismo emocional utilizado. É uma defesa

⁸ Organização a Procura de Órgãos

mental que implica em recusar o contato com um fato que promoveria muita dor e sofrimento emocional, por isso a defesa é tão importante para o indivíduo suportar a dor de uma perda. O profissional para o cumprimento de seu papel recorre às suas defesas pessoais em razão do não preparo teórico e prático na sua formação profissional. Considerando o modelo de cuidado mais comum utilizado entre os profissionais de saúde-abordagem tradicional centrada no médico (Bouso, 2009), todo esforço profissional é voltado para a obtenção dos problemas de saúde do indivíduo, diagnóstico e conduta a ser tomada para o tratamento da doença. Esse modelo não considera o paciente e a família, que inclui as preocupações do paciente e da família, inclusive seus valores. Bouso denomina a referida abordagem como “colaborativa” que tem seu foco no paciente e sua família. Considerando essa abordagem, o relacionamento médico, paciente e familiares, é construído no desenvolvimento do relacionamento interpessoal, com base na confiança e cuidado integral ao paciente e sua família. A mesma autora diz que “as habilidades de comunicação são consideradas o alicerce de um cuidado colaborativo e centrado no paciente e sua família”.

4.8 Entrevista familiar para doação de órgãos

Há pouca literatura do referido tema, o transplante no Brasil como foi dito no início deste trabalho, é relativamente novo, as experiências são escassas, sendo construídas, pesquisadas para conhecimento da sociedade em geral. Como profissional responsável pelo mesmo tema nos cursos de formação das CIHDOTTs, descreverei abaixo a minha experiência enquanto educadora e participante em alguns processos de doação/transplantes.

Entrevista etimologicamente é uma “visão entre”, uma relação, um encontro entre pessoas com finalidade específica. Portanto; a Entrevista Familiar para doação de órgãos é o encontro entre o profissional de saúde e familiares do potencial doador, para doação de órgãos e/ ou tecidos para transplantes. Deve ser efetuada por profissionais capacitados e habilitados para esse encontro. É uma tarefa bastante difícil que exige muito tato do profissional para inserir o tema de doação às pessoas que nesse momento encontram-se fragilizadas, com todo o foco de atenção sobre o parente falecido. A entrevista familiar é um momento delicado no processo de doação e transplante porque representa para os parentes a separação a impotência e a perda do ente querido (Moraes, Barros e Silva, 2009). Momento que finaliza as esperanças encerra – se a existência. É a separação definitiva do ente querido. Pela complexidade do assunto, determinação na legislação do transplante, que determina e caracteriza o perfil do

profissional para o cumprimento desse papel, assim mesmo, a programação do conteúdo programático dos cursos de formação das CIHDOTs, inexistente o tema morte para fornecer o diagnóstico à família, bem como entrevista- la para doação. O encontro com a família do potencial doador deve acontecer num ambiente calmo, com acomodações adequadas a todos os familiares e amigos ou parentes que possam apoiar os mesmos. A entrevista com a família pode ser feita por um médico, enfermeiro, psicólogo ou assistente social, desde que esse profissional esteja capacitado e não faça parte da equipe que atendeu o paciente durante sua internação no hospital. Profissionais que se sentem seguros em propor doação e que se mostram preocupados com a família associam-se a taxas de consentimento mais elevadas (RECH; RODRIGUES, 2007).

Ao iniciar a entrevista, é necessário certificar-se de que todos os membros da família entenderam que seu parente está morto. No início é importante permitir aos mesmos a expressão dos sentimentos sobre o falecido e a situação. Responder às perguntas efetuadas por eles, para o entendimento e elaboração da perda. Permitir que se sintam acolhidos pelos profissionais, tem um papel fundamental no processo. Um entrevistador deve evitar a ansiedade para encerrar a entrevista ou interromper, a fim de obter a resposta desejada. A oportunidade de abrir e ofertar um espaço para expressão das angústias, sofrimento culpa revolta e outros aflorados no momento da tragédia, o profissional contribui na elaboração do luto. Quando não há espaço para expressar as suas angústias e fantasias causadoras de grande sofrimento e adoecimento, pode contribuir para o adoecimento.

A entrevista bem sucedida é explicada todas as etapas do processo de doação, o tempo aproximado, procedimentos e condutas do início ao fim. Todas as etapas da doação e seus tempos devem ser explicados à família.

Deve-se esclarecer também que é possível doar alguns órgãos, outros não, e que a decisão de doar pode ser revogada a qualquer momento, mesmo após o termo de consentimento já ter sido assinado. Sabe-se que explicar para a família alguns pontos específicos associa-se a melhor taxa de consentimento. Incluem-se nesses pontos questões sobre mutilação e desfiguração do corpo, o impacto da doação no velório e funeral; a ausência de custos para a família do doador e os procedimentos referentes ao DML, quando forem necessários (TATIANA H. RECH; ÉDISON MORAES RODRIGUES FILHO; 2007).

É de conhecimento dos profissionais envolvidos nessa área, que a explicação de alguns pontos específicos do processo diagnóstico, como do processo de possível doação, está associada a melhor taxa de consentimento familiar para doação de órgãos. Incluem-se nesses pontos questões sobre mutilação e desfiguração do corpo, o impacto da doação no velório e

funeral; a ausência de custos para a família do doador e os procedimentos referentes ao DML, quando forem necessários.

Atualmente se fala muito na prática de humanização no atendimento hospitalar. Porém observa-se na prática uma realidade puramente contrária dos moldes teóricos, transmitidos nos cursos de formação. A intervenção do entrevistador no referido contexto é atender à família humanamente, ir além do objetivo final da entrevista: doação de órgãos. É olhar para o ser diante de si, perceber a sua fala (verbal/não verbal), responder às suas necessidades e compreender a subjetividade de cada um dos familiares em sua dor, suas crenças, cultura e posição diante da vida! Importante lembrar que a entrevista é opção de doação e não obrigação ou coerção. Para a família é importante a certeza que a decisão tomada foi a correta, enquanto o profissional precisa estar consciente e seguro no seu papel enquanto profissional da saúde, portanto, uma atitude precipitada tomada pelo mesmo, como por exemplo, aceitar doação de uma família que apresenta algum membro inseguro quanto ao consentimento. Uma atitude profissional como essa, poderá trazer consequências de conflitos nas relações familiares, até de adoecimento, caso o enlutado tenha elementos predispostos a desenvolver uma patologia. Muitas vezes, as entrevistas familiares realizadas pela equipe da Central de Transplantes de MT (diante da ausência de CIHDOTTs) há queixas de familiares dos possíveis doadores de órgãos com relação às informações diferentes, imprecisas dos profissionais responsáveis pelas informações da suspeita do diagnóstico de ME. Sentem – se tratados com certa indiferença, descaso ao “negarem” a atenção esperada naquele momento.

Bousso (2009) aponta como erros mais comuns nas relações: médico/paciente e família para se estabelecer um relacionamento colaborativo entre as partes:

- a) Ouvir pouco: o suporte é oferecido às famílias quando são incentivadas a falarem de suas experiências. Quando elas percebem que o profissional está interessado em sua história, frequentemente revelam seus medos e preocupações.
- b) Falar demais: os profissionais de saúde estão sempre prontos a oferecerem informações e orientações sobre os problemas do diagnóstico, sem considerarem a percepção dos familiares sobre o quadro do paciente, podendo precipitarem-se no julgamento e necessidades da família.
- c) Não ser curioso, acreditar que sabe o que a família sente: Considera-se como uma das intervenções mais poderosa, são as perguntas, feitas como um convite a reflexão sobre os problemas, alternativas e perguntas pertinentes no

contexto. É imprescindível manter uma postura de curiosidade em relação a história da família, mostrando-se interessado pelas famílias.

d) Não valorizar as diferenças: é importante lembrar que cada membro da família constrói sua própria realidade, sendo percebida a mesma situação diferentemente por cada membro familiar. Importante que o profissional reconheça o significado da experiência para cada um dos familiares. Não existe uma verdade, ou decisão certa, mas sim verdades ou realidades de quantos sejam os membros da família. É importante que o profissional aceite a percepção de todos, compreendendo - os em sua singularidade, enquanto sujeitos na teia das relações familiares, sociais e culturais.

e) Não se cuidar: Elemento fundamental no cuidado das famílias é essencial que o profissional reflita sobre o seu papel e suas limitações diante do contexto vivenciado. Necessário que essa reflexão não passe somente pelo domínio cognitivo e intelectual, mas também pelo domínio emocional e afetivo.

A capacidade do profissional de saúde para realizar a entrevista familiar para doação de órgãos reflete no atendimento à família. “A voz da família precisa ser cultivada e não cortada” (Wright, 2005). “Contando suas histórias, a família pode interpretar seu próprio sofrimento” (FRANK, 1995).

A entrevista familiar para doação de órgãos se dá através da comunicação verbal (expressa por meio de palavras os pensamentos) e não verbal (sentimentos, emoções) que caracterizam a complexa interação que existe no relacionamento humano. É essencial que o profissional perceba, compreenda e empregue adequadamente a comunicação não verbal, viabilizando espaço para a expressão dos sentimentos, emoções, tristezas e condições mínimas para se pensar sobre a possibilidade de doar os órgãos do parente falecido. Razões que justificam a necessidade do preparo profissional para ouvir e introduzir o assunto de forma natural, ético e legal sobre o tema proposto. Nas entrevistas aparecem mitos e lendas, tipo: “os médicos matam para retirar os órgãos;” a impossibilidade de reconhecer os receptores, acredita que seja por motivo de venda de órgãos; somando a incompreensão da morte encefálica, que dá a sensação de estar “autorizando o desligamento dos aparelhos” a família vai precisar estar diante de profissionais habilitados para esclarecer, tirar-lhes as dúvidas com segurança e sensibilidade para os mesmos sentirem-se respeitados no momento mesmo diante de tal pedido, quando feito com seriedade. Esses fatores e mais, como

mutilação e desfiguração do corpo, o impacto da doação no velório e funeral; aproveitamento dos órgãos, seriedade na lista de espera, demora do processo quando necessário o IML, terão grande peso no ato da decisão. Sabe-se que a família informada, orientada e esclarecida apresenta maior chance de consentimento. O papel do entrevistador é proporcionar um clima confortável para a família decidir, de modo que seus membros se sintam bem, independentemente da sua decisão, que não se sintam obrigados a doarem, nem sentirem-se culpados pela decisão contrária. As famílias devem saber que a resposta não precisa ser dada no primeiro momento da entrevista, podem se reunir para discutir a idéia e tomar a decisão que será melhor para a família, e isso, quando decidido, deve ser respeitado pelos profissionais que os entrevistaram. Não é recomendável tentar convencê-los de que doação é um bem ou influenciá-los com idéias de moral ou religião. Importante saírem tranquilos quanto à tomada de decisão com sentimento de ter tomado a decisão certa. E não, sentirem-se obrigados ou culpados pela recusa ou não consentimento da doação.

5 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e explicativa que visa identificar os aspectos subjetivos apresentados na presente pesquisa, sem haver preocupação com a frequência que os mesmos aparecem. A pesquisa qualitativa

É de particular relevância ao estudo das relações sociais, devido à pluralização das esferas de vida. As expressões-chave para essa pluralização são (...) dentre outras a dissolução de velhas desigualdades sociais dentro da nova diversidade de ambientes, subculturas, estilos e formas de vida (FLICK, 2009, p. 20).

Para a elaboração desta pesquisa procurei abordar a morte encefálica e doação de órgãos pelo ângulo do profissional de saúde, uma vez que há grande número de pesquisas realizadas com familiares de doadores de órgãos, porém, escassas no campo profissional. Motivo pelo qual foi interesse desta pesquisadora a conhecer as produções existentes sobre “o profissional de saúde frente à morte encefálica e doação de órgãos”. Desta forma, elegeu-se a pesquisa bibliográfica por considerar importante o conhecimento das diversas experiências profissionais relatadas por alguns, visando um panorama geral do perfil da formação do profissional de saúde no campo do transplantes no Brasil.

Para Marconi & Lakatos (2009), através da pesquisa bibliográfica o pesquisador obtém meios para, frente a problemas conhecidos ou áreas em que os problemas não se “cristalizaram suficientemente”, defini-los ou resolvê-los, permitindo o exame de um tema sob novo enfoque, com conclusões inovadoras.

Considerando-se o tema *doação de órgãos* ser recente no campo da pesquisa, mesmo que na prática a legalidade da doação de órgãos data da década de 90, espera-se conhecer o enfoque dado pelos pesquisadores da atualidade sobre o tema. Mais especificamente a vivência do profissional de saúde diante da morte encefálica, considerando-se que essa experiência implica em sua práxis profissional frente à morte e aos familiares enlutados.

Tendo-se por base de dados a Biblioteca Centro Latino Americano e do Caribe de informação de ciências em saúde (BIREME) procurou-se por artigos relacionados e selecionados por palavras-chave, como: Morte Encefálica X Doação de órgãos X Entrevista Familiar doação de órgãos, Comunicação da morte X Formação do profissional de saúde.

Construiu-se um instrumento de coleta de dados bibliográficos para esta fase da pesquisa, conforme apresentado anexo I.

Em decorrência da Portaria GM 1.752/2005, que determina a instituição das CIHDOTTs em hospitais privados, públicos e filantrópicos com mais de 80 leitos para aumentar o número de doações de órgãos e tecidos para transplantes e considerando que esta pesquisa está sendo realizada no primeiro semestre de 2010, elegeu-se as produções científicas relacionadas ao tema do período de 2005 a 2009 para a coleta de dados (MS, 2005), em decorrência de uma expectativa de um número maior de produções nesse período.

Critérios de inclusão: estudos que abordem o lado profissional com relação aos aspectos da morte na sua formação, dificuldades para comunicar a morte encefálica às famílias, entrevista familiar para doação de órgãos e como os profissionais lidam com a morte em seu cotidiano de trabalho.

Critérios de exclusão: estudos que abordem aspectos relacionados às famílias que recebem a notícia de morte.

6 RESULTADOS E ANÁLISE

Frente aos critérios selecionados para esta pesquisa foram encontrados doze estudos nessa área, sendo cinco, apresentando diretamente o assunto de interesse e os demais com a morte em geral e a formação médica. Dentre as pesquisas realizadas, sete autores são médicos, um filósofo, dois psicólogos e dois enfermeiros, ou seja, o maior número de pesquisas realizadas que abordem o profissional diante da morte encefálica e doação de órgãos foi da área médica sendo os demais similares em termos quantitativos, conforme dados apresentados.

Curiosamente, a maioria dos artigos encontrados na referida fonte datam do ano de 2007 com quatro artigos, sendo três deles sobre o preparo médico na questão da morte encefálica e doação de órgãos e os demais artigos pesquisados sobre a comunicação da morte, morte na formação do profissional de saúde e Entrevista Familiar.

Observa-se um número considerável de pesquisas sobre morte encefálica após a publicação da Portaria GM 1.752/2005, que determina a instituição das Comissões Intra Hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplantes - CIHDOTTs em hospitais privados, públicos e filantrópicos com mais de 80 leitos. Questiona-se se há alguma relação entre a mesma Portaria com o aumento considerável de produções voltadas ao tema, uma vez que publicada, há exigência do cumprimento das determinações.

Sadala (2009) previu o desenvolvimento dessa ciência ao dizer... “Essa nova realidade, trazida pela ciência, provocou grandes transformações e causa dilemas para a sociedade. Essas questões constituem temas de polêmica para profissionais da área da saúde, filósofos, juristas, cientistas sociais, abrangendo todo o universo da atividade humana”.

O resultado do presente estudo constata-se que o homem ao longo do tempo revelou o desejo de perpetuação da vida, através da sobrevivência como reprodução, virtualmente infinita, de artefatos técnicos do fazer humano. Mostra que a maneira como uma determinada sociedade se posiciona perante a morte e seus mortos desempenham um papel decisivo na constituição e manutenção da sua identidade coletiva, na medida em que a interação dessas relações constitui um dos elementos mais relevantes para a formação de uma tradição cultural comum.

A compreensão do papel da morte sempre foi de grande relevância para o mundo ocidental, levando as diferentes atitudes, especialmente entre aqueles que precisam encarar a morte como parte de sua rotina profissional. Particularmente aos médicos que muitas vezes se acham diante da responsabilidade de tomar decisões sobre as condições de saúde e a vida de

seus pacientes. Foi aplicado um instrumento de avaliação em acadêmicos e residentes de medicina para verificar o comportamento do estudante e do recém formado diante da morte e do morrer. Oitenta e três por cento dos questionários de 100% foram respondidos pelos residentes. Quarenta e dois por cento trabalham ou já trabalharam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) por um período que variou de um mês a dois anos, e 58% nunca trabalharam nesse ambiente. Quanto à atuação com pacientes terminais, 35% trabalham ou já trabalharam por um período que variou de um mês a cinco anos, e 65% nunca vivenciaram essa situação. Quanto à opinião dos respondentes sobre o envolvimento que o médico deve manter com o paciente-família diante da morte e em situações de pacientes terminais, a maioria (86%) acha que é responsabilidade do médico dar a notícia de uma doença terminal e 38% acredita que essa função deva ser realizada por psicólogos, religiosos ou outros profissionais. Quando questionados a respeito do nível de intensidade afetiva do médico frente ao paciente considerado terminal, a maioria apontou grau moderado como ideal (58%). Vinte por cento se posicionam a favor de um envolvimento extremamente intenso ou muito intenso, enquanto que 22% envolvem-se com pouca intensidade ou não se envolvem.

No que concerne ao preparo pessoal para lidar com a morte e o processo do morrer, a maioria dos respondentes se julga apta a enfrentar a circunstância, sendo que 46% disseram que provavelmente ou certamente não estão preparados para a situação.

Quanto ao preparo acadêmico de medicina, os resultados da pesquisa revelam que as causas possíveis foram, principalmente pela falta de debates, de preparo prático, de vivência com pacientes terminais, de disciplinas específicas, de psicologia médica, de acompanhamento psicológico dos alunos e o fato de a formação do médico estar voltada para salvar vidas.

Considerando-se a complexidade e as várias interfaces de abordagem desse tema, ressalta-se a necessidade de introduzir nos currículos de graduação em Medicina o ensino formal teórico-prático da tanatologia desde o início do curso. O estudo sobre a morte, suas causas e fenômenos, e a compreensão dos mecanismos psicológicos existentes na superação de seus efeitos sobre a mente humana, criariam um espaço legítimo onde se poderia desenvolver paulatinamente a capacitação para enfrentar os dilemas da morte e do morrer.

A formação médica promove a incorporação do modelo aparentemente racional, não emocional e científico. O estudante de medicina no primeiro ano da faculdade entra em contato com os cadáveres nas aulas de anatomia, como Sapir aponta:

O defrontar-se com o cadáver os alunos iniciam o desenvolvimento dos mecanismos de defesa imprescindíveis à futura profissão. Nesse momento o discente é confrontado com a morte e passa a acionar as suas defesas: Inicialmente esse contato é difícil e aos poucos o cadáver torna-se objeto de satisfações libidinais, permitindo ao aluno experimentar uma sensação de poder absoluto. A busca do conhecimento e a objetividade científica têm a função de aliviar a angústia diante da morte (NADER; ANDREA FILHO; PEREIRA, 2009)

Médicos da Universidade de São Paulo (USP) entrevistaram “Famílias que receberam notícias de morte”. Grande parte 26,4% delas, disseram que não receberam qualquer atenção da equipe médica e 12,1% dos familiares reprovaram a forma pela qual foram avisados do falecimento. Os resultados apontam para dificuldade do médico lidar com a questão da morte, de comunicar más notícias e proporcionar um acolhimento devido, às famílias enlutadas. As entrevistas realizadas com médicos apresentaram os seguintes resultados: As situações consideradas por eles como mais difíceis de conversar com as famílias, tratam-se de pacientes jovens (43,4%) e morte por quadro agudo (56,6%). Outra situação também considerada difícil trata-se do não entendimento da explicação acerca do caso. Concluíram que as famílias têm consciência do pouco tempo que os médicos têm, mas acham que a situação exige uma pausa. Os casos que apresentam maior dificuldade como de pacientes jovens ou de quadros agudos exigem um melhor relacionamento do profissional com a família e que esta possa estar a par dos acontecimentos acerca do seu parente com informações graduais e não abruptas. Os pesquisadores sugerem que a formação do médico, se tratada com uma visão mais humana e filosófica durante toda a graduação, terá grande chance de modificar a atitude do profissional frente a essa situação e poderá dar-lhe segurança e delicadeza para consolar aqueles que se separaram de seu ente querido (STARZEWSKI JÚNIOR; ROLIM; MORRONE, 2005).

Psicólogos Clínicos do Hospital Israelita Albert Einstein (2007), realizaram uma pesquisa para identificar “As dificuldades de comunicar más notícias,” visando organizar as melhores informações no que se refere aos fatores associados às dificuldades em comunicar a morte, bem como, os passos sugeridos para uma comunicação favorável às famílias.

Verificou-se que o impacto da notificação de más notícias ainda é pouco estudado. Apesar de ser uma ferramenta indispensável com a qual médico e paciente trocam informações. Identificou como principais fatores que dificultam a comunicação da equipe de saúde e do médico, em comunicar más notícias, são:

- a) Preocupação em como a má notícia poderá afetar o paciente;
- b) Receio de causar dor ao paciente ou de ser culpado pelo mesmo;
- c) Receio de falha terapêutica;
- d) De problema judicial;
- e) Do desconhecido;
- f) De dizer “não sei”; e
- g) De expressar as suas emoções.

A pesquisa identificou como fatores facilitadores para a comunicação de más notícias, o estabelecimento de uma relação constituída numa visão do todo, considerando os aspectos, biológicos, psicossociais, emocionais, culturais, e religiosos daquele que padece de algum mal. Essa visão colabora para o modo da abordagem do profissional frente às famílias enlutadas, com entendimento da pessoa que sofre e não de um mero e insuportável dever cumprido ao precisar comunicar uma notícia de morte ou de doença grave, de forma essencialmente técnica. As relações se constituem e se interagem numa abordagem multiprofissional e interdisciplinar. Espera-se conhecer cuidadosamente a história médica do paciente; olhar para o paciente como pessoa; preparar o setting; organizar o tempo; cuidar de aspectos específicos da comunicação; reconhecer o que, e o quanto o paciente quer saber ou pode saber; encorajar e validar as emoções, atenção e cuidado com a família; planejar o futuro e o seguimento e trabalhar os próprios sentimentos, questão essencial para uma relação construtiva, de confiança e respeito. Muitos estudos têm demonstrado a importância de uma educação focada no desenvolvimento de habilidade do profissional de saúde em comunicar más notícias, visando contribuir para minimização desse hiato (VICTORINO, et. al, 2007).

Médicos avaliaram uma população médica de um hospital-escola que atende crianças em contextos diversos como: ambulatório, pronto- socorro, enfermaria e UTI pediátrica, para saber como “Se posicionam quanto à comunicação de má notícia a uma criança”. O estudo investiga a opinião dos médicos que atendem crianças e comunicam a doença e prognóstico incerto, bem como os profissionais que se instrumentaram para enfrentar essas situações. Para adquirir as respostas foram distribuídos 78 questionários, sendo que somente 53 médicos responderam ao mesmo. Não houve uma forma única de definir a má notícia, mas a maioria da amostra (57,14%) a definiu como “necessidade de comunicar um diagnóstico ou prognóstico ruim”. Alguns médicos mais novos acreditam que a informação pode gerar algum tipo de consequência emocional à criança, enquanto 50% dos médicos mais velhos com mais de 51 anos, acrescentaram a dificuldade de comunicar à criança que ela seria submetida a um procedimento doloroso.

Com relação ao sentimento do médico ao dar à má notícia à criança, 43% referiram a tristeza, como sentimento prevalente e 40% dos respondentes relataram ter a sensação de dever cumprido.

Apesar de a maioria dos sujeitos (69,8%) ter relatado que não recebeu ensinamentos específicos em sua formação, poucos referiram sentimentos de insegurança ou constrangimento ao enfrentarem a situação. Uma parcela de 83,3% dos médicos formados há um ano, em oposição aos médicos formados há mais tempo, disse ter recebido, durante a graduação, ensinamentos específicos e treinamento para dar más notícias à criança.

Uma parcela maior de sujeitos (48,1%) referiu ter discutido o tema durante a graduação ou residência. Todos os recém-formados e 50% dos formados até dez anos atrás, relataram ter discutido a comunicação de más notícias durante o curso, em oposição a 25% dos médicos com mais de dez anos de formados e 20% dos sujeitos formados há mais tempo.

Todos os participantes da pesquisa consideraram importante contemplar tópicos referentes à comunicação de más notícias, inclusive a crianças, no currículo médico atual. Os sujeitos foram unânimes em afirmar que antes de informar à criança é preciso notificar os pais ou responsáveis. Enquanto 50% dos residentes acreditam que a criança deva receber toda a informação, 70% dos médicos com mais experiência no serviço relataram que elas devem receber apenas uma parcela de informações.

Nessa pesquisa, uma minoria dos sujeitos referiu ter sido capacitada para dar más notícias, no ensino regular.

Esse estudo detectou que os médicos assumem três posturas com relação à informação da má notícia:

- a) Uns defendem a idéia de que a informação tem que ser dada sempre, na íntegra, independentemente das percepções ou necessidades individuais do paciente.
- b) Outros pregam que em nenhuma circunstância os pacientes devem ser informados de doença letal e que o profissional deve lançar mão de mentiras e enganos para garantir a adesão ao possível tratamento.
- c) Quanto a terceira posição, trata-se de uma abordagem mais flexível recomendada levar em conta fatores psicológicos e sociológicos. Porém, esses mesmos defendem essa idéia, falam pouco do respeito à subjetividade do sujeito e como deve ser dada a notícia ao pacientes ou familiares.

Segundo Premi é provável que os profissionais continuem se instrumentando a partir da auto-aprendizagem ou copiando professores mais graduados, como relataram alguns dos sujeitos mais velhos da pesquisa. Discute-se a necessidade de contemplar novos

conhecimentos científicos e novas estratégias de aprendizagem, como o role-playing, para tópicos que, ao lado do conhecimento científico, envolvem fatores emocionais e de ordem ética e legal.

Apesar de a morte ser uma constante no trabalho, dos profissionais de saúde essa problemática é pouco explorado nos currículos de medicina e enfermagem, o que ocasiona uma abordagem inadequada e aumenta desnecessariamente o sofrimento do médico e do paciente, em especial daqueles sem expectativa de cura. Todos os participantes da pesquisa consideraram importante contemplar tópicos referentes à comunicação de más notícias, inclusive a crianças, no currículo médico atual. Nessa pesquisa, uma minoria dos sujeitos referiu ter sido capacitada para dar más notícias, no ensino regular. A análise de dados mostrou que a maioria dos profissionais reconhece de forma unânime que a criança deve ser informada do diagnóstico e prognóstico. Dos procedimentos aos quais vai ser submetida, mas é polêmica a definição do que é uma má notícia. E como a criança deve ser informada (PEROSA; RANZANII, 2007).

Pesquisas no campo da “Comunicação de más notícias” são restritas, mas as existentes demonstram a importância em desenvolver uma educação focada nas habilidades dos profissionais de saúde (médico) em comunicar más notícias.

Médicos intensivistas realizaram uma pesquisa sobre o conhecimento de Morte encefálica entre os estudantes de medicina, do estado da Bahia. Verificou-se um nível de conhecimento relativamente baixo sobre o protocolo de diagnóstico de ME com média de acerto de 6,7 em 14 questões. Outros autores já haviam relatado que os futuros médicos apresentam um conhecimento sobre ME inferior ao que é esperado. Vale ressaltar ainda que os estudantes avaliados no referido estudo compõem uma população selecionada, por estarem participando de um evento científico extracurricular sobre Medicina Intensiva, são alunos diferenciados e particularmente interessados nos temas dessa área, podendo apresentar conhecimento superior à população acadêmica geral. Os autores comentam em discussão de resultados que o baixo nível de conhecimento se deve, em parte, ao pouco contato que os estudantes têm com este assunto durante a graduação. Foi observado que as duas faculdades avaliadas sobre o tema ME, a abordagem do assunto, é em apenas uma aula- disciplina de Ética Médica e Bioética (2º semestre da escola privada) e na disciplina de Clínica Cirúrgica no 8º semestre (escola pública). Dutra e col. Demonstraram que 96% dos estudantes avaliados, na mesma escola pública deste trabalho, gostariam de saber mais sobre a doação de órgãos e morte encefálica.

O conhecimento dos estudantes de medicina avaliados em Salvador-BA sobre os critérios de diagnóstico da ME é limitado. O trabalho revelou que essa dificuldade está relacionada principalmente à abordagem prática do tema, como os exames clínicos e complementares a serem realizados e as condutas a serem tomadas em cada fase do protocolo diagnóstico. Foi observado que a participação em apresentações sobre ME e a realização de estágios em UTI podem contribuir, respectivamente, para um melhor conhecimento teórico e prático do tema. Estes achados destacam a necessidade de rever o currículo das escolas médicas com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o protocolo diagnóstico de ME, otimizando o processo de doação de órgãos. No entanto, mais estudos são necessários para definir quais fatores influenciam a aceitação da ME e a decisão de doar os órgãos para transplante. Vale ressaltar ainda que os estudantes avaliados no referido estudo compõem uma população selecionada, por estarem participando de um evento científico extracurricular sobre Medicina Intensiva, são alunos diferenciados e particularmente interessados nos temas dessa área, podendo apresentar conhecimento superior à população acadêmica geral (BITENCOURT; DURÃES et. al. 2007)

No estado do Rio Grande do Sul, médicos avaliaram a incidência de morte encefálica e as condutas/ protocolos adotados após confirmação diagnóstica em sete unidades de tratamento intensivo pediátrico localizado em três regiões brasileiras.

Foi identificado de 525 óbitos 61 eram diagnósticos de Morte Encefálica. A incidência de ME diferiu entre as 07 unidades de terapia intensiva, porém sem diferença nas 03 regiões.

A causa mais freqüente foi hemorragia intracraniana. Em 80% dos casos, o diagnóstico clínico de ME foi confirmado por exame complementar, sendo 100% na Região Sul, 68% na Sudeste e 72% na Nordeste.

A retirada de suporte vital após diagnóstico de ME diferiu nas três regiões, sendo mais rápida no Sul que no Sudeste e Nordeste. Apenas seis crianças com ME foram doadoras de órgãos. Os pesquisadores verificaram que apesar da lei que define critérios para ME existir no Brasil desde 1997, verifica-se que ela não é obedecida uniformemente. Conseqüentemente, suporte vital desnecessário é ofertado a indivíduos já mortos (LAGO, et. al., 2007).

Pesquisas realizadas por médicos, graduandos e residentes de medicina, entrevistaram duzentos e quarenta e seis intensivistas de Porto Alegre/RS para avaliarem o conhecimento dos intensivistas sobre a ME. O resultado revelou a prevalência de desconhecimento do conceito de morte encefálica (17%). Enquanto (20%) dos entrevistados, mostraram desconhecimento da necessidade legal de exame complementar para o fechamento

do diagnóstico. Quanto à segurança máxima do profissional para explicar o conceito de ME às famílias, a porcentagem de entrevistados que se sentiram seguros foi de (47%). Desconhecimento da hora do óbito legal dos pacientes em ME (29%). A mesma pesquisa revela ainda, que os intensivistas pediátricos mostram menor conhecimento do conceito de ME, em relação aos intensivistas de adultos.

Conclusão: O atual conhecimento sobre morte encefálica é insuficiente entre os profissionais que mais freqüentemente se deparam com pacientes nessa situação.

Há necessidade de educação sobre o tema a fim de evitar gastos desnecessários, diminuir o sofrimento familiar e aumentar a oferta de órgãos para transplantes.

As pesquisas mostram que o conhecimento sobre morte encefálica é insuficiente entre os profissionais que mais freqüentemente se deparam com pacientes nessa situação, em especial os intensivistas.

As pesquisas revelam também as dificuldades apresentadas pelos Médicos intensivistas pediátricos em suspender o suporte terapêutico de pacientes com ME não doadores de órgãos, identificadas em razão de falta de conhecimento do conceito de ME e por temores legais. Outros estudos mostram experiências em outros países, como por exemplo, a Argentina que os médicos intensivistas pediátricos sentem - se ainda inseguros, com dúvidas para considerar o diagnóstico de ME, como morte do indivíduo, mesmo tendo os critérios bem definidos. A representação da morte no meio médico equivale ao mistério, a um tabu que aterroriza o ser humano. As emoções identificadas pelos profissionais durante o preparo do corpo do falecido são expressas como: *"triste"*, *"deprimente"*, *"impressionante"*, *"fim de luta"* e *"sofrimento"*, *"estressante e angustiante"*, *"chato"*, *"além de um mal necessário"*. Alguns reconhecem o mecanismo de defesa que necessitam ter nesses momentos, mesmo quando traduzidos em forma de frieza, piadas, que com o passar do tempo de profissão vão se sedimentando; fato que corrobora com os achados de SPÍNDOLA ET AL (1994), revelando a aparente insensibilidade dos profissionais, como um mecanismo de defesa para suportarem melhor seu cotidiano. O trabalho demonstra que a população estudada, não é desprovida de profissionalismo, sentimentos e emoções, diante da morte, já que o corpo mortal é o instrumento de trabalho desses profissionais. A mudança de parâmetros do modelo cardiocêntrico para o novo modelo encefalocêntrico mostra - nos a necessidade da sociedade inclusive medica de aceitar um novo modelo de morrer, conforme Franklin, (2009), define o conceito conforme abaixo é apresentado:

A morte cerebral significa morte não porque ela é invariável e iminentemente é seguida de assistolia (parada do coração), mas porque ela é acompanhada por uma perda irreversível das funções cerebrais críticas.

Para Veatch, a morte é abordada através de quatro ângulos:

- a) perda irreversível do fluxo de fluidos vitais;
- b) perda irreversível da alma do corpo;
- c) perda irreversível da capacidade de integração corporal;
- d) perda irreversível da capacidade de interação da consciência ou social.

A partir da cessação dos sinais vitais e das células dos tecidos do corpo, os sinais avançados de morte tornam-se evidentes. Falta de certos reflexos nos olhos, queda da temperatura, a descoloração púrpura avermelhada de partes do corpo e rigidez soa músculos. Maioria da morte é determinada por ausência de sinais vitais. O conceito de morte encefálica pode ser escrito como “perda irreversível da consciência e da capacidade de respirar”, ou melhor, a morte (Franklin).

Os resultados demonstram conhecimento insuficiente dos profissionais da saúde para atender pacientes nessa situação. Há necessidade de educação sobre o tema a fim de evitar gastos desnecessários, diminuir o sofrimento familiar e aumentar a oferta de órgãos para transplantes. Observou-se uma alta prevalência de intensivistas que acreditam que o horário da retirada dos órgãos, seja o horário do óbito do doador. São necessárias atitudes educacionais sobre o tema para os intensivistas brasileiros. O adequado conhecimento, além do óbvio aumento do número de diagnósticos, resultará em condutas médicas mais uniformes, o que provavelmente levará maior segurança à sociedade, bem como, no caso concreto, dos familiares que se encontra em frágil situação após a morte de um ente querido. Nota-se, portanto, que o conceito de ME por ser relativamente novo, a sociedade em geral não é bem aceite.

Médicos Intensivistas de Porto Alegre/ RS pesquisaram algumas questões relativas à Entrevista Familiar e Consentimento, a fim de avaliar a melhor prática de abordagem da família do doador e como esses e outros aspectos referentes ao processo de doação, podem interferir nas taxas de consentimento familiar para doação de órgãos. Foi identificado como ponto estratégico para tal finalidade, o “momento” em que a família é abordada para a entrevista familiar para doação de órgãos. Esse momento é denominado de Técnica de desacoplamento, que ocorre da seguinte forma: Inicialmente, o médico

Intensivistas informa à família sobre o diagnóstico de Morte Encefálica e o seu significado, permitindo que ela expresse suas dúvidas e momento de sanar as dúvidas, esclarecendo-as. Segundo momento. Após algum tempo que permite à família assimilar a notícia, uma nova equipe que não participou do atendimento do paciente se apresenta e faz-se a solicitação da possível doação de múltiplos órgãos. Essa técnica está associada a maiores taxas de consentimento. Outro aspecto percebido como importante para o consentimento familiar, trata-se do que é tratado no início da Entrevista Familiar para doação de órgãos. Foi considerado relevante o entrevistador certificar-se de que *todos os membros da família entenderam que seu parente está morto*. De a mesma forma permitir aos familiares que falem sobre o parente falecido, como ocorreu, o que pensa que aconteceu, ou seja, permitir que expressem seus sentimentos e emoções a partir da idéia que se tem do ocorrido e conseqüentemente se sintam acolhidos pelo(s) entrevistador (ES). Revela ainda, a importância das questões emocionais vivenciadas no momento da perda como interferência na decisão familiar para doação de órgãos. Está comprovado que as famílias insatisfeitas com o atendimento hospitalar são menos propensas a doarem. A impressão do primeiro contato com a equipe de captação, o momento em que o encontro se estabelece e os tópicos discutidos durante a proposta de doação são fatores relevantes e que influenciam no consentimento. Uma postura cordial e compreensiva do entrevistador é fundamental para que as famílias se sintam confortáveis em tomar essa decisão. Mortes traumáticas promovem maiores taxas de consentimento, quando comparadas com mortes por outras causas (RECH; RODRIGUES FILHO, 2007).

O Tema doação de Órgãos na graduação do profissional de enfermagem foi respondido por 92% dos entrevistados com desconhecimento da Organização de Procura de Órgãos (OPOs) e 4% responderam erroneamente o significado da sigla, interpretando-a como óbito pós-operatório. Apenas 4% do total de entrevistados foram assertivos. Somente um entrevistado, demonstrou domínio do assunto, sendo os demais acertos por dedução, após relacionarem a sigla à temática do estudo – doação de órgãos.

Quando questionados sobre a presença de aulas, no currículo de graduação, que abordassem o tema morte, 49% dos entrevistados relataram ter aula sobre o tema enquanto que 42% referiram não ter aula sobre o assunto; 9% referiram não saber em virtude do desconhecimento sobre o conteúdo curricular. Embora 49% dos entrevistados relatassem terem aula sobre o tema morte, quando questionados sobre a carga horária dedicada na instituição à abordagem do assunto, o estudo revelou que o tempo mínimo encontrado foi de 30 minutos e o máximo de 10 horas; 2,08% dos entrevistados referiram ter o assunto

abordado em 30 minutos, 6,25% em 50 minutos, 4,16% em uma hora, 12,5% em duas horas, 4,16% em três, 25% em quatro, 10,41% em cinco, 8,33% em seis, 2,08% em nove, 6,25% em dez, estando, em todos os casos, o assunto presente como subtema de uma matéria principal (SILVA, 2006).

A formação acadêmica do médico foi vista como inadequada pelos profissionais, observando a necessidade de trabalhar o aspecto humano nas faculdades em todas as etapas da graduação a fim de modificar a atitude do profissional frente à morte, dando-lhe mais segurança e delicadeza para consolar aqueles que se separaram de seu ente querido. Os resultados da pesquisa revelam que as causas das possíveis foram, principalmente pela falta de debates, de preparo prático, de vivência com pacientes terminais, de disciplinas específicas, de psicologia médica, de acompanhamento psicológico dos alunos e o fato de a formação do médico estar voltada para salvar vidas.

Os médicos docentes entrevistados mencionaram ter tido experiências com ações de cuidados médicos para pessoas em processo de morrer ou à morte. As respostas da representação em lidar com a morte pelos médicos docentes foram às seguintes respostas: Dos 100% entrevistados: 54% consideram como uma atividade médica difícil, para a qual o curso médico não prepara adequadamente; 35% uma atividade médica difícil, que requer tempo para aprender a lidar com ela; 23% como atividade médica natural e 6% como atividade médica que estimula reflexões sobre os sentidos da morte. Foi detectado também como o médico docente percebe os estudantes de medicina na interação com os pacientes em processo de morrer ou à morte, as respostas foram às seguintes: 40% dos estudantes são jovens, inexperientes e despreparados emocionalmente; 33% dos estudantes têm dificuldades para se relacionar com os pacientes de maneira geral; 29% a formação oferecida aos estudantes é muito influenciada pela biomedicina e desconsidera a dimensão psicossocial do paciente e 21% médicos os estudantes parecem acreditar que a morte é para ser sempre vencida pelos médicos.

Considerando-se a complexidade e as várias interfaces de abordagem desse tema, ressalta-se a necessidade de introduzir nos currículos de graduação em Medicina o ensino formal teórico-prático da tanatologia desde o início do curso. O estudo sobre a morte, suas causas e fenômenos, e a compreensão dos mecanismos psicológicos existentes na superação de seus efeitos sobre a mente humana criariam um espaço legítimo onde se poderia desenvolver paulatinamente a capacitação para enfrentar os dilemas da morte e do morrer.

Quando questionados sobre a presença de aulas, no currículo de graduação, que abordassem o tema morte, 49% dos entrevistados relataram ter tido aula sobre o tema morte

durante a graduação, enquanto 42% referiram não terem visto o assunto aula sobre o assunto; 9% referiram não saber em virtude do desconhecimento sobre o conteúdo curricular. Embora, os 49% dos entrevistados relatassem terem aula sobre o tema morte, quando questionados sobre a carga horária dedicada na instituição à abordagem do assunto, o estudo revelou o tempo mínimo encontrado foi de 30 minutos e o máximo de 10 horas. Ou seja, o estudo demonstrou que o baixo conhecimento dos estudantes de medicina se deve em parte ao pouco contato que os alunos têm durante a graduação.

São várias as consequências para um membro da família com dificuldades em viver e elaborar o luto pela morte de um ente querido. Muitos dos sintomas que chegam aos consultórios médicos e psicológicos podem ser oriundos de um luto não resolvido. Franklin (1997) afirma que as pessoas que reprimem seus sentimentos de luto, ou que têm tendência à depressão e à ansiedade, podem desenvolver reações agudas em estágios posteriores da vida, devido ao luto não resolvido. Destaca que as pessoas enlutadas procuram mais constantemente atendimento médico no primeiro ano seguido à morte de um familiar, pois o sistema imunológico é afetado pelo luto. Desta maneira, após um longo período de atendimento a um ente querido próximo da morte, a saúde do enlutado sofre, pois sua rotina de vida e de dormir são alteradas. A morte é um fato universal, porém seu enfrentamento e significado variam de sociedade para sociedade. A realidade brasileira mostra que, cada vez mais, morre-se nos hospitais, sendo essencial que os profissionais da saúde, dentre eles o psicólogo, possam estar preparados para ajudar as famílias neste momento tão significativo da vida. A medicina coloca a morte diante do profissional, que responde muitas vezes com ansiedade, medo e até ameaça à sua vida.

Morrone, Rolim e Júnior (2005) sugerem como solução para essa problemática uma formação médica com um programa adequado sobre o tema morte “a maioria dos programas de treinamento médico com frequência aborda essa realidade inadequadamente”, alcançando como resultado sofrimento desnecessário para todos. Esses mesmos autores levantaram os problemas que ocorrem na comunicação da morte às famílias e como os profissionais avaliam a sua formação. O estudo detectou que as maiores dificuldades encontradas pelos profissionais para falar com os familiares sobre a morte estão presentes em casos de jovens, casos agudos e quando os familiares não entendem o caso. Característica da morte encefálica

Com relação à formação profissional, predominam artigos do meio acadêmico e que atuam na prática em UTIs, lidando com a morte em seu habitat de trabalho. Predominam as produções voltadas a analisar o preparo médico para comunicar más notícias, analisando

sua formação, dificuldades e necessidades de caráter urgente para mudança de comportamento do paciente e dos familiares enlutados diante da morte e do morrer.

No que concerne ao preparo pessoal para lidar com a morte e o processo do morrer, a maioria dos respondentes se julga apta a enfrentar a circunstância. Trinta por cento e 46% disseram que provavelmente ou certamente não estão preparados para a situação.

Quanto ao preparo acadêmico de medicina, os resultados da pesquisa revelam que as causas são principalmente falta de debates, de preparo prático, de vivência com pacientes terminais, de disciplinas específicas, de psicologia médica, de acompanhamento psicológico dos alunos e o fato de a formação do médico estar voltada para salvar vidas.

Considerando-se a complexidade e as várias interfaces de abordagem desse tema, ressalta-se a necessidade de introduzir nos currículos de graduação em Medicina o ensino formal teórico-prático da tanatologia desde o início do curso. O estudo sobre a morte, suas causas e fenômenos, e a compreensão dos mecanismos psicológicos existentes na superação de seus efeitos sobre a mente humana criariam um espaço legítimo onde se poderia desenvolver paulatinamente a capacitação para enfrentar os dilemas da morte e do morrer.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados revelam a necessidade urgente de se preparar o futuro profissional de saúde para lidar com a morte em seu cotidiano profissional. A morte faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde, com especial atenção aos que estão diretamente relacionados ao contexto de morte, como o profissional de UTIs e aqueles envolvidos no processo de captação e doação de órgãos e tecidos para transplantes. No tocante aos médicos, formados para salvar e curar torna-se difícil lidar com a questão da morte devido à sua formação que o prepara minimamente para dar uma notícia ruim. Frente a isso, em seu cotidiano quando ele necessita dar uma má notícia ou falar em doação de órgãos com familiares enlutados sente-se despreparado e tende a se afastar de seu papel.

Percebe-se a necessidade de se debater o tema morte nas universidades, especialidades, cursos de formação das Comissões Intra Hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplantes (CIHDOTTs) e das Organizações a procura de Órgãos (OPOs), a fim de capacitar o profissional para atender plenamente o seu paciente. Para que isso ocorra, faz-se necessário inserir o tema na grade curricular com a devida importância que o assunto tem e exige do profissional na hora de dar uma notícia que exige a máxima habilidade e preparo do profissional de saúde. Explica que o médico deve preparar a família para a morte do ente querido, encorajar a expressão dos sentimentos do paciente e ou familiares prevendo uma consequência mais favorável diante da perda.

Chama a atenção para o fato de haver um número considerável de pesquisas nessa área por médicos, que apontam para o despreparo e a necessidade da habilitação do profissional de saúde diante da morte e do morrer, mas por outro lado, não se observa no meio acadêmico alguma mobilização pela classe para uma mudança ou revisão na grade curricular do futuro profissional. Algumas práticas são adotadas para amenizar o sofrimento dos familiares diante da perda, bem como permitir apoio por meio de acolhimento das emoções, da expressão do choro, da raiva, revolta, e outros comportamentos reacionais, naturais diante de uma tragédia na vida de uma pessoa. O profissional que tem condições de compreender e apoiar as famílias em sua dor permite às mesmas o sentimento de amparo, de continência e validação dos sentimentos e emoções do enlutado. O médico deve ser capaz de enfrentar as reações emocionais dos familiares para serem equilibradas por eles.

Quando o contexto é morte encefálica e doação de órgãos, fica mais delicada a situação, que a causada por doença prolongada, que há a possibilidade de se preparar para o

morrer e a morte. Morte súbita é mais traumática, uma vez que a família é pega de surpresa, despreparada para receber uma má notícia abruptamente.

Com relação à formação médica estudiosos da área observam e confirmam o despreparo dos profissionais. Na faculdade, existe pouca abordagem do tema. Não se trabalha o “como abordar a família, como comunicar uma notícia trágica”. O profissional sai da faculdade, encontra uma série de dificuldades para exercer o seu papel, por exemplo, de comunicar a morte de um parente aos familiares. Como consequência, não se sente preparado, passa a sua tarefa para outro colega e desenvolve a sua aprendizagem observando o colega na prática.

Morrone et al (2005) comenta as mudanças que já estão acontecendo em outros países, como Estados Unidos, que 92% das escolas médicas já incluem cursos específicos sobre a morte no currículo escolar. Diz ainda, que existem programas que o aluno aprende a ser mais humano e como controlar seu comportamento. Já na Inglaterra existe uma escola que trabalha com a carga horária de seis horas semanais sobre a ética da morte e do morrer, no período em que o estudante está passando pela clínica médica. Ou seja, no mundo, já há um movimento de humanização na saúde através de estratégias inovadoras para capacitar futuros profissionais, através de inclusão de atividades nos currículos, visando a habilitação dos estudantes de medicina a enfrentarem situações difíceis.

No que se refere à questão de más notícias, a organização Mundial de Saúde – OMS em 1990, diz que a maior preocupação dos pesquisadores da área encontra-se centrada na importância ou não de informar o paciente o quanto ele deve saber, mas que pouca atenção tem sido dada à capacitação do médico para enfrentar essas situações.

Conforme a descrição de resultados observa-se as dificuldades dos médicos comunicarem a notícia de uma doença grave ou de morte para uma criança. Como se apresenta este estudo, a graduação do profissional de saúde apresenta uma deficiência na temática da morte enquanto desenvolvimento das habilidades dos profissionais da área. Consequentemente a negação emocional do estudante ou profissional diante de tais sentimentos, acarreta em dificuldades na relação com os pacientes e/ou familiares que estão nesse contexto.

O sofrimento frente à doença ou morte é visto como fraqueza, covardia, pelo grupo, havendo necessidade de demonstrar resistência frente ao grupo para sentir-se “preparado” para a atividade preterida.

O tema morte é pouco falado tanto “na sociedade leiga quanto no diálogo médico-pacientes”.

Como corolário, a falta de comunicação é apontada como um dos principais fatores negativos quanto ao relacionamento médico paciente. A atitude do médico depende de sua cultura e treinamento profissional. Estudos mostram que os familiares de pacientes que morrem nas UTIs consideram que os médicos e enfermeiros devem ajudá-los, propiciando a comunicação e delimitando qual o papel da família ante as decisões polêmicas, facilitando o consenso familiar e consolando a sua dor. Outros trabalhos apontam os problemas decorrentes da falta de comunicação entre os médicos e os familiares de seus pacientes - os quais se sentem vítimas de conflitos íntimos e outros relacionados a problemas de comunicação ou à percepção de negligência ou desprezo dos médicos, quando das discussões sobre as orientações terapêuticas a serem adotadas” (MORITZ)

Cito a classificação do médico humanista brasileiro Wilson L. Sanvito (1994) que trabalha na Santa Casa da Misericórdia em S. Paulo. Segundo ele, há três tipos de médicos:

- a) O médico humano: exerce uma medicina mais do doente que da doença. É o perfil necessário para os cuidados paliativos. Ele ouve e examina atentamente o doente. Acontece uma relação médico-paciente importante para o tratamento com vistas no restabelecimento do paciente.
- b) Médico empresário: modelo comercial-empresarial, em franca expansão na área da saúde. É um tipo inacessível, silencioso. Tem ares de grande conhecedor e pesquisador solitário. Utiliza uma linguagem técnica incompreensível para o doente. Além de atender pessoas economicamente aptas.
- c) Médico Tecnotrônico: considerado fruto legítimo do paradigma científico-tecnológico ou biomédico da medicina, verdadeiro manipulador de técnicas requintadas e de circuitos eletrônicos informatizados. É um tipo de profissional que dispensa completamente a interação humana substituindo por um complexo de aparelhos. Modelo bastante comum em nossa sociedade.

O baixo conhecimento do conceito de Morte Encefálica pelos estudantes e médicos em geral é constatado nos exemplos citados neste trabalho por esta pesquisadora, pelo fato de observar comportamentos institucionais que justificam o baixo índice de notificação de ME às Centrais de Transplantes bem como a resistência para o fechamento do diagnóstico de ME com a devida assinatura do termo de protocolo. Outra conduta observada como não segura é quanto ao horário do óbito. Constata-se nesta pesquisa que em geral nas instituições hospitalares, os profissionais ainda confundem o horário do óbito, através da associação com a retirada de órgãos em vez de seguir o protocolo que fecha com o exame complementar, ou seja, com a confirmação do óbito. Essa conduta revela que a sociedade médica não se sente segura para o diagnóstico de morte encefálica. Compreensível com a

atitude da grande maioria dos profissionais não aderirem à causa da doação, pelo menos na prática, o que com frequência se ouve, é um discurso favorável à doação, mas, no entanto, na prática é observado outro “discurso”.

A realização de estágios em UTI pode contribuir, respectivamente, para um melhor conhecimento teórico e prático do tema. Estes achados destacam a necessidade de rever o currículo das escolas médicas com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o protocolo diagnóstico de ME, otimizando o processo de doação de órgãos. No entanto, mais estudos são necessários para definir quais fatores influenciam a aceitação da ME e a decisão de doar os órgãos para transplante.

A presente pesquisa identificou que o sofrimento das pessoas que compõem a equipe de Enfermagem parece estar mascarado pelo cumprimento das rotinas. Este sofrimento decorrente do envolvimento emocional da equipe são fatos vivenciados nas unidades hospitalares e estão diretamente ligados aos valores pessoais, à história de vida e à patologia que acomete o paciente. Para ela a morte assumirá o papel de *"descanso e alívio"* do sofrimento ou ainda de *"tragédia"*, diferentemente do que julga o senso comum de *"frieza"* sobre os fatos tristes que ocorrem no dia-a-dia do hospital, pois esses trabalhadores são *"gentes cuidando de gente"* (HORTA, 1975).

Trata-se de um cotidiano árduo e é preciso ter muita sensibilidade e vários mecanismos de defesa, como estuda a psicologia, para suportá-lo, e muitas vezes, podem ser erroneamente considerados *"atos de frieza"*.

Não podemos esquecer que o profissional, como todo ser humano, tem suas tristezas, irritações, receio da morte, dentre outros sentimentos, devendo procurar, na medida do possível, tornar essas tensões mínimas, assegurando que suas respostas individuais não prejudiquem o paciente e seus familiares (PIMENTEL et al., 1978).

No Brasil, o tema morte já vem sendo inserido nas Universidades dos grandes centros, como Sudeste e Sul. A grande maioria das universidades não oferece o preparo para o profissional de saúde para lidar com a morte. A inserção dessa disciplina nos cursos de saúde tem como finalidade preparar o futuro profissional para enfrentar situações altamente frustrantes, angustiantes, diante de uma perda. Essa lacuna na formação do estudante de saúde promove intenso estresse ao se deparar frente às famílias de potenciais doadores, tendo como incumbência a Entrevista Familiar para doação de órgãos, uma vez que o tema morte nessa situação torna-se ainda mais delicado quando abordado em associação com a doação de órgãos, lembrando que os casos geralmente ocorrem com pessoas jovens, que tem a vida interrompida drasticamente, sem dar tempo às famílias, para entenderem a tragédia vivida.

Diante do exposto, apresenta-se esta proposta à Coordenadoria de Transplantes de MT para inserir o tema **Morte** na programação dos cursos para formação das Comissões Intra Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes- CIHDOTTs, com carga horária adequada para o efetivo aprendizado do profissional que se propõe trabalhar nessa área. O tema deve ser analisado cuidadosamente com base em todo o processo, considerando todos os aspectos pertinentes à doação de órgão, inclusive o da morte encefálica, a saber: fisiológico, neurológico, psicológico, emocional, social, cultural e religioso. Uma visão plural, multiprofissional, com ações interativas, interdisciplinares, visando um “olhar” para as partes que compõe o todo, com uma compreensão ampla, subjetiva e postura profissional ética diante daquele que espera ser acolhido em seu sofrimento e dor em situações de perdas e luto.

O relacionamento médico-família implica na perspectiva de ver, ouvir e agir. O escutar não é somente ouvir, mas permanecer em silencio, utilizar gestos de afeto, sorrisos que demonstrem aceitação e estimulem a expressão de sentimentos e emoções. Perceber não constitui somente no olhar, mas atentar e identificar as diferentes dimensões do outro, por meio de suas experiências, comportamentos, emoções e espiritualidade. Frequentemente os profissionais de saúde referem- se inaptos em lidar com os aspectos comportamentais, emocionais e espirituais do cuidado na terminalidade e atribuem dificuldade em estabelecer uma comunicação efetiva com seus pacientes, devido à falta de preparo durante a formação básica (MONICA, 2009).

Mato Grosso desde 2009 teve a iniciativa de procurar as Universidades de Cuiabá MT para mostrar e propor a inserção do tema Transplante na grade curricular ou extracurricular dos cursos de formação de medicina, enfermagem e psicologia, prevendo amenizar as diferenças já constatadas na pratica do não preparo profissional para o desempenho de suas funções no contexto de morte e doação de órgãos. Tendo em vista os temas imprescindíveis na formação do profissional, como por exemplo, prepará-lo para lidar com a morte no contexto de Morte Encefálica e Doação de órgãos. Associar a Teoria com a pratica nas diversas experiências com ênfase nos aspectos, psicológicos, emocionais, sociais e culturais, além dos recomendados pela Portaria para um resultado favorável.

Embora o ser humano tenha conhecimento de sua finitude, a morte só é tratada quando está diante dela. Ironicamente é preparar o profissional para salvar vidas e não prepará-lo para lidar com a certeza inevitável da morte. Condição inegável e insustentável àquele que se propõe a atuar nessa esfera sem o devido conhecimento e habilitação enquanto agente da saúde.

Finalizando este trabalho no contexto de Morte Encefálica e Doação de Órgãos, espera-se que as Instituições de Ensino Superior promovam cursos preparatórios ao profissional de saúde para atuar com segurança, confiança e ética profissional no contexto de morte encefálica e doação de órgãos, condição fundamental para o efetivo atendimento humano e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CENÁRIO XXI. Testes determinam se há morte encefálica. Fontes: ABTO/Ministério da Saúde/Adote ADOTE- Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos Revista latino americana de enfermagem. Vol.13 nº 3 Ribeirão. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. Rosana Manchon. Negação um tempo necessário.

CASELLATO, Gabriela. Dor silenciosa ou dor silenciada? Luto do profissional de saúde. **R Enferm UERG**. Rio de janeiro, 2007 out/dez; 15(4): 549-54p. 549. Abordar o Tema Morte e doação de Órgãos. Doação de órgãos para Transplante: considerações legais, Éticas e sociais.

DEL GIGLIO, Auro. "O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte". **Rev. Assoc. Med. Bras.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.Php?Script=sci_arttext&pid=S010442302005000100011&lng=en&nrm=ISO>. Acesso em: 06 jun. 2010.

DUARTE, Jorge. Et ali. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. 2 ed. 2reimp. São Paulo: Atlas, 2008.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

Morte e Existência Humana: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção. Editores da série, edwiges Ferreira de Mattos Silvaes, Francisco Batista Assunção Junior Prizskulnik. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MARCONI, Marina de Andrade; Lakatos, Eva Maria. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração análise e interpretação de dados. 7 ed. 2reimp. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTA, Gustavo Nader et al . O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, Sept. 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.Php?Script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300011&lng=en&nrm=ISO>. Acesso em: 06 jun. 2010.

OMNI Marketing credibilidade em pesquisa. **Doação de órgãos. Você já falou sobre isso?** Disponível: http://www.viavida.org.br/images/pdf/Doa%E7%E3o_an%E1lise.pdf. Acesso: 15 mai. 2010.

PINHO, Márcio. **Brasil não faz lição de casa sobre doação de órgãos.** Disponível em: <http://www.gabriel.org.br/brasilnaofazlicao.html>. Acesso em: 05 jun. 2010.

SANTOS, Franklin Santana. (Org.) **Cuidados Paliativos:** Discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009 .

VARGAS, Mara Ambrosina; RAMOS, Flavia Regina Souza. **A morte cerebral como o presente para a vida:** Explorando práticas culturais contemporâneas Texto contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15(1):137-45. Artigo original: Reflexão teórica 2005.

TINOCO, Valéria. **Morte: como as pessoas enfrentam?.** Conferência proferida na jornada científica Incor 2003. Modulo psicologia aplicada à cardiologia : Morte e Perdas no Contexto Hospitalar em 27 de outubro de 2003. São Paulo. SP

ANEXO I

MONOGRAFIA MORTE ENCEFÁLICA NO CONTEXTO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Roseli Seror Cuiabano

Título	
Autor	
Ano	
Categoria profissional	
Atuação profissional	
Objetivos	
Abordagem metodológica	
Resultados e Considerações	