Aspectos emocionais envolvidos na realização do diagnóstico de morte encefálica: uma experiência no Serviço Público Municipal de Santos-SP

Roseane Carlos Cordeiro; Denise Marques Alexandre; Breno Ayres Chaves Rodrigues; Rafael Moreira Dardaque Mucinhato; Gisela Vasconcellos Monteiro[1]; Laís Barreto Barbosa; Jessica Silva Gottschalk

[1]Unisanta
Email: gisela@unsianta.br

Resumo:

Este ensaio pretendeu oferecer alguns elementos que indicam o quanto é complexo subjetivamente o processo de realização do diagnóstico de ME. Envolve diferentes atores e instituições e, do meu ponto de vista, embora a constatação da ME seja um diagnóstico de responsabilidade do médico, ele é, antes de tudo, uma construção coletiva. Embora os avanços no campo da captação de órgãos são indiscutíveis, a rotina do trabalho de lidar com a morte, em especial com a encefálica, provoca inquietações que são frequentemente verbalizadas pelos profissionais que trabalham em unidades de pacientes críticos e observadas pelas equipes de captação de órgãos. O diagnóstico de ME extrapola a mera realização de um procedimento técnico, pois provoca discussões filosóficas, éticas e bioéticas.

Palavras-chave: morte, morte encefálica, doação dirigida de tecidos, sofrimento emocional.

Abstract:

This essay aimed to provide some elements that indicate how subjectively complex the process of diagnosing Brain Death is. It involves different actors and institutions, and from my point of view, although the determination of Brain Death is a diagnosis within the responsibility of the physician, it is, above all, a collective construction. While advances in organ procurement are indisputable, the routine of dealing with death, especially brain death, raises concerns that are often voiced by professionals working in critical care units and observed by organ procurement teams. The diagnosis of Brain Death goes beyond the mere execution of a technical procedure, as it sparks philosophical, ethical, and bioethical discussions.

Keywords: death, brain death, directed tissue donation, emotional distress.

1. Introdução

Este ensaio nasce a partir de inquietações sobre a prática profissional de diagnosticar a morte encefálica (ME), em duas unidades públicas de urgência-emergência, do município de Santos. O processo de notificar a ME é um evento que parece ter várias dimensões. Estas indagações tiveram início no ano de 2010, quando fui convidada a coordenar o primeiro serviço público de captação de órgãos do município de Santos. Até então, as intervenções neste âmbito eram eventuais e dependiam da iniciativa pessoal de cada profissional. A criação da Seção de Captação e Transporte de Órgãos e Tecidos para Transplante (Secapt)[1] não foi um consenso – nasceu num caldo de conflitos.

A bancada de vereadores do município de Santos, por iniciativa de um de seus membros, em 2008, aprovou a lei nº 2.569/2008 e criou, no âmbito municipal, a Seção de Captação e Transporte de Órgãos e Tecidos para Transplantes (Secapt)[2]. Essa lei definiu os principais objetivos de atuação da seção: garantir o diagnóstico e a notificação de pacientes em morte encefálica (ME) e desenvolver ações educativas sobre o tema. Para tanto, a Secapt realiza atividades de sensibilização, orientação, educação continuada sobre doação e transplante para os profissionais da área da saúde em todos os níveis de atuação; pactua com os hospitais da rede pública municipal e conveniados com o SUS; promove atividades educativas para a população sobre o tema; realiza visitas diárias às unidades de pacientes críticos[3] com o objetivo de identificar, por meio de busca ativa, o potencial doador e, quando localizado, garantir a sua notificação, ou seja, abrir e concluir o protocolo de morte encefálica.

Para uma maior aproximação do leitor a este universo, contarei um pouco da história do transplante no Brasil. Para que o transplante aconteça é indispensável a existência de órgãos ou tecidos humano. Nestas situações, no nosso país, as famílias precisam autorizar a doação. Os doadores não podem

[1] A Secapt iniciou efetivamente seu trabalho em 2010, embora a aprovação da legislação que a criou tenha ocorrido em 2008.

[2] A Secapt é o primeiro serviço público do município de Santos, criado com a finalidade de desenvolver ações relacionadas ao sistema transplantador.

[3] Utilizarei neste estudo, para referir-me à unidade de terapia intensiva e sala de emergência, a nomenclatura "unidades de pacientes críticos". Esta opção procura dialogar com a relação paciente/profissional, pois parto da premissa de que o trabalhador da saúde é afetado pelo doente em estado crítico.

apresentar doenças transmissíveis[4] ou condições que exponham o paciente transplantado (chamado de receptor) a riscos biológicos. Quanto à doação de tecidos, este processo costuma ser mais simples, pois o doador frequentemente está morto com o coração parado. Talvez esta afirmação provoque certo estranhamento, mas certamente problematiza a multiplicidade de implicações que envolve o universo da doação-transplante.

2. Histórico para critérios de morte encefálica

A ciência hegemônica definiu que há dois tipos de morte: a mais conhecida é aquela em que o coração e os pulmões param de trabalhar definitivamente. Quanto à outra, a morte encefálica que também pode ser chamada de morte técnica, necessariamente os órgãos estarão funcionando, o sangue circulando e o paciente, ou quem sabe devamos nomeá-lo cadáver, estará quentinho. Esta pequena apresentação sinaliza a infinidade de questões e dificuldades em lidar com esta realidade.

Este paciente em morte encefálica, diferentemente do outro morto, só pode ser identificado com tecnologias dentro de serviços de saúde que dispõem de respirador mecânico. A equipe de saúde pode participar deste evento, mas somente médicos têm responsabilidade e competência técnica para constatá-la. É preciso diagnosticar a incapacidade do cérebro e do tronco cerebral do paciente de manter as funções vitais do organismo. É a perda irreversível da função cerebral. Este diagnóstico implica a realização de uma bateria de testes clínicos e exames laboratoriais que, em pessoas a partir dos dois anos de idade, devem ser repetidos após um período mínimo de uma hora entre o primeiro e o segundo teste, além de um exame complementar. Os testes e exames são realizados e analisados por dois médicos diferentes e mais um terceiro que emitirá um laudo a partir do exame complementar. Nenhum dos médicos pode ter vínculo profissional com as equipes de transplante para que não haja conflito de interesses. Isto significa que o médico que pertencer a uma equipe

[4] Existe a possibilidade de doação de órgãos de doadores com doenças infectocontagiosas como a hepatite B, ou ainda quadros sépticos tratados. Nestes casos, as equipes de transplantes decidirão sobre a viabilidade do órgão e ficará a seu critério recusá-los ou aceitá-los. Chamamos este evento de doação de critério expandido de aceitação ou doadores limítrofes.

transplantadora está legalmente proibido de constatar a ME[5]. Todas estas medidas foram definidas legalmente em 1997. É preciso ressaltar que esta é a definição brasileira, mas o caminho para estabelecer se o paciente está ou não em ME pode ser diferente: na Inglaterra, por exemplo, não se solicita o exame complementar.

Para melhor elucidar este diagnóstico e tornar compreensível o que está envolvido no evento da morte encefálica, optei por chamar suas fases de etapas da notificação de ME. Considero como parte do processo de diagnóstico de ME condições que vão desde a suspeita da morte encefálica, ou seja, quando qualquer membro da equipe de saúde observa que o paciente parou de apresentar respostas neurológicas clínicas, como reflexos de náusea, indagando-se sobre o paciente estar ou não morto (em morte encefálica), até a etapa de finalização do processo, quando a entrevista familiar é realizada. Nos casos em que a família autoriza a doação, o término ocorre após a coleta de órgãos e tecidos destinados ao transplante e a devolução do corpo à família. Por vezes, o processo pode ser finalizado em qualquer momento do diagnóstico de ME, quando o paciente, candidato a morto[6], evolui para a parada cardiorrespiratória em função de agravos das suas condições clínicas.

Antes de descrever as etapas do diagnóstico de ME, apresentarei um pouco sobre a opção de utilizar neste estudo o termo coleta de órgãos. As equipes de captação de órgãos de Portugal costumam se referir ao momento da extração dos órgãos como coleta de órgãos. Consideram que para o desfecho de as famílias terem autorizado a doação e o potencial doador ter se tornado um doador efetivo foi preciso realizar um trabalho em campo. Não se trata de uma doação espontânea ou mesmo uma extração. O trabalho foi semeado, cultivado e colhido. Este termo dialoga com o conceito da cartografia (método utilizado neste ensaio) de produção de dados, ou seja, tanto a coleta de dados quanto a coleta de órgãos foram produzidas. No transcorrer deste estudo elucidarei com mais detalhe estes apontamentos, mas neste momento retorno à breve apresentação das etapas para diagnosticar a ME:

5 Os critérios para diagnosticar a ME são definidos pelo Conselho Federal de Medicina, resolução nº 1480/97, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamentos.

6 Deve-se salientar que embora todos sejamos candidatos a mortos, no contexto esta expressão indica a iminência ou suspeita da ME.

1- Suspeita da morte encefálica.

2- Abertura do protocolo de ME.

3- Notificar a abertura do protocolo de ME à Organização de Procura de Órgãos da Escola Paulista de Medicina (OPO-EPM)[7] ou à Central Estadual de Transplantes e solicitar exame complementar.

4- Realizar a segunda avaliação clínica e exame complementar.

5- Concluir o protocolo de ME (definição diagnóstica).

6- Notificar a confirmação da ME à OPO-EPM e agendar a abordagem familiar.

7- Entrevistar a família para solicitar a autorização a doação de órgãos.

8- Traslado do corpo para a coleta de órgãos (somente quando autorizada a doação).

9- Devolução do corpo à família para sepultamento.

Todo esse percurso, em qualquer lugar do território brasileiro, é executado da mesma maneira e, para tanto, medidas legais foram criadas. A Lei nº 5.479 de 1968 foi o 1ª dispositivo para regulamentar a prática transplantadora brasileira. Contudo, ela não definia um roteiro de como deveria ser realizado o processo, de maneira que o médico que diagnosticava a morte poderia ser o mesmo que realizava o transplante. Em 4 de fevereiro de 1997, o governo brasileiro criou a Lei nº 9.434, conhecida como a "Lei dos Transplantes"[8] que ainda hoje está em vigor. Ela regulamenta toda a atividade transplantadora, além de ter criado, com função de gestão, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), ligado ao Ministério da Saúde. Ela estabelece que cada estado terá uma Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e em cada uma destas centrais haverá Organizações de Procura de Órgãos (OPO). Além disso, define critérios de alocação de órgãos, estabelece um Cadastro Técnico Único[9] (apelidado de ("lista única"), endereça ao Conselho Federal de Medicina a tarefa de estabelecer critérios para a morte encefálica e a suspensão do suporte à vida

[7] O sistema de captação de órgãos no Brasil é regionalizado. Portanto, a Secapt está submetida tecnicamente à região cuja Organização de Procura de Órgãos (OPO) é a Escola Paulista de Medicina (EPM), ou seja, OPO-EPM.

[8] Ao longo deste texto, termos destacados por aspas simples referem-se à literatura sobre o tema. Este recurso tem a finalidade de discriminar conceitos teóricos de expressões nativas (expressões dos entrevistados, genuínas do sujeito que fala), utilizados pelos sujeitos que compõem o universo deste estudo.

[9] Cadastro Técnico Único é o banco de dados informatizado da Central de Transplantes. Nele contém as informações dos pacientes inscritos para transplantes.

para não doadores, concebe um protocolo nacional com parâmetros internacionais para diagnosticar a morte encefálica e ainda indica que a sua notificação deverá ser obrigatória. Quanto aos critérios para a doação de órgãos e tecidos, a lei define que somente a família terá o poder de decidir sobre esta ação. Neste caso, considera-se como família legalmente autorizada a proceder à doação de órgãos o cônjuge e parentes até o segundo grau.

Esta breve aproximação pretendeu oferecer alguns elementos que indicam o quanto é complexo o processo de realização do diagnóstico de ME. Envolve diferentes atores e instituições e, do meu ponto de vista, embora a constatação da ME seja um diagnóstico de responsabilidade do médico, ele é, antes de tudo, uma construção coletiva. A possibilidade da sua realização, ou seja, a constatação da ME está diretamente relacionada com os cuidados diários desenvolvidos por diversos profissionais, como fisioterapeutas, técnicos de enfermagem e enfermeiros que detectam no seu labor que o paciente parou de apresentar reflexos neurológicos, trocam impressões a respeito do doente e estimulam o processo de diagnosticar a morte. A gestão dos serviços de saúde cria condições, procedimentos e diretrizes que qualificam as equipes de saúde, oferecendo-lhes suporte e condições objetivas para a realização da tarefa de diagnosticar a ME. Com a tecnologia disponível, o acúmulo de conhecimento no campo médico dos transplantes e de outras áreas do conhecimento, a ciência está permanentemente provocando mudanças, como as técnicas de captação de órgãos com o coração parado, ocorridas na Espanha (GALLEGOS *et al.*, 2012). As famílias, fundamentais neste processo, além de responsáveis pelo seu doente (Lei nº 10.211/2001), são constituídas de pessoas que expressam os valores da cultura relacionados com a temática doação-transplante. Por fim, a legislação, a exemplo da Lei nº 9.434/1997, determina parâmetros legais, definindo regras, protege e garante o processo transplantador, criando um paradigma médico-forense.

A complexidade desta prática pode ser também identificada neste intricado processo médico-jurídico, pois afinal não é comum que nenhum outro diagnóstico médico precise estabelecer uma legislação jurídica específica para sua realização.

3. Cenário brasileiro para transplantes órgãos

O cenário brasileiro na área dos transplantes apresenta características muito peculiares. O financiamento do Estado, por meio do Sistema Único de Saúde, é maciço. Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, somos o segundo país do mundo em números absolutos de transplante renal, de fígado e também de córnea (ABTO, 2012).

O germe desta prática que possibilitou experiências de transplantes bem-sucedidos teve início por volta de 1930, com a epidemia de poliomielite que se alastrou pelo mundo. O elevado índice de mortalidade, principalmente causado por complicações pulmonares, criou a necessidade de investir esforços para minimizar os danos provocados pela doença. Com este espírito, o engenheiro Fhilip Driker foi chamado pelo governo americano para inventar algo que pudesse exercer a função do pulmão irremediavelmente danificado: um respirador artificial batizado com o nome de “pulmão de aço”. A respiração artificial, as salas de recuperação (embriões das unidades de terapia intensiva) e os avanços tecnológicos na área criaram condições objetivas para experimentos com o corpo humano como o transplante. Estes avanços foram fundamentais para que em dezembro de 1967, o cirurgião Christiaan Barnard realizasse na Cidade do Cabo, na África do Sul, o primeiro transplante de coração entre humanos (PRATES, 1999). Este feito repercutiu internacionalmente. As trocas intercontinentais de saberes científicos na área da saúde e a credibilidade que a medicina vinha adquirindo desencadearam, mundo afora, novas experiências de transplante. No Brasil, um ano após a experiência de Barnard, o cirurgião Eurycledes Jesus Zerbini realizou, em maio de 1968, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o primeiro transplante em território nacional e da América Latina e o 17º do mundo (KIND, 2007).[10] O doador, vítima de um acidente de trânsito, foi considerado morto a partir de critérios fundamentados em exames eletroencefalográficos e a pedido de Zerbini foi estabelecido o conceito de morte real (SANTOS, 1998).

Com a excelência e difusão dessa prática, o transplante paulatinamente tornou-se uma terapêutica viável para portadores de doenças crônicas terminais. Tal fato gerou um considerável aumento no número de pacientes em busca dessa alternativa de tratamento.

No Brasil, 50.000 cidadãos aguardam por um transplante de órgãos, segundo dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (RBT, 2022). No ano de 2022 totalizaram 19.333 pacientes inscritos em "lista única" no estado de São Paulo. No mesmo ano e estado, foram realizados 5.306 transplantes. Portanto, cerca de 70% (dos inscritos em lista única) não tiveram êxito terapêutico em função, principalmente, da inexistência de órgãos disponíveis, tendo como consequência o agravo da doença ou o óbito (*ibidem*).

É provável que a oferta de órgãos para transplante permaneça sempre aquém das necessidades, pois é esperado o aumento na demanda por transplante em função da ampliação da expectativa de vida da população. Com a diminuição das mortes por acidentes violentos e a melhora da assistência à saúde, pacientes graves com chances de evoluírem para a morte encefálica podem recuperar-se positivamente e deixam de se transformar em potenciais doadores. Apesar dos esforços do sistema transplantador brasileiro, dados indicam dificuldades no processo de captação de órgãos. Segundo o Registro Brasileiro de Transplantes (ABTO, 2022), a taxa de doação persiste muito baixa e está 20% menor se comparada ao ano de 2019. A Seção de Captação e Transporte de Órgãos e Tecidos de Santos, no ano de 2022, informa que de 10% a 20%[11] dos potenciais doadores[12] de órgãos progridem para a parada cardíaca e estes fatos sugerem problemas durante o processo de manutenção (do morto encefálico) ou mesmo demora na realização do diagnóstico de ME. Para enfrentar estas dificuldades, medidas foram tomadas, por exemplo, o investimento técnico voltado às equipes, a reformulação da legislação e o credenciamento de clínicas para a realização do exame complementar nas unidades que não possuam este recurso.

[11] Dados não publicados, mas apresentados pela Secapt em slides em Sensibilização em Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, em setembro de 2022.
[12] Potencial doador refere-se ao morto cujo diagnóstico de ME foi confirmado, mas ainda não se tornou um doador afetivo.

A implantação da Secapt veio para somar esforços no município santista e tem evidenciado disposição para viabilizar e qualificar o processo de trabalho. A rede pública passou a notificar o potencial doador e coletar órgãos e tecidos. A Secapt realizou nos anos de 2012, 2013 e 2014 mais de uma centena de sensibilizações sobre o tema, destinadas aos profissionais de saúde e à comunidade em geral[13]. Por meio da sua equipe técnica composta por uma psicóloga e uma enfermeira, a Secapt debateu temas relacionados à morte, doação, transplante, ansiedades e medos relacionados a estes processos em diferentes instituições públicas e privadas.

Essa experiência foi capaz de revelar que as instituições de saúde demonstram dificuldades ao lidarem com a morte. Tais dificuldades manifestam-se de formas distintas e podem se expressar por meio de uma hierarquia rígida, impessoal e asséptica (MENEZES, 2004). Neste processo de construção da nova prática de captar órgãos, alguns eventos chamavam-me a atenção, em especial a forma como os profissionais lidavam com a recente tarefa de identificar a morte encefálica. Frequentemente eles expressavam desconfortos e ansiedades. Talvez por eu ser psicóloga, inquietava-me o aparente mal-estar[14] dos trabalhadores da saúde diante do convívio com o falecimento no cotidiano de trabalho. Perante ao desconforto não nomeado, os profissionais da saúde reagem ao mal-estar.

Há comportamentos que saltam aos olhos, a exemplo dos informes de falecimento às famílias que rotineiramente são realizados de forma mecânica, sem privacidade e enfocando aspectos legais e administrativos da morte, como o atestado de óbito. Também se evita vigorosamente que as famílias, depois de informadas sobre o óbito de um parente, manifestem comportamentos emocionais adequados à realidade e à elaboração do luto, a exemplo do choro, tristeza, raiva etc. Esse modo de se comportar sugere que os trabalhadores das instituições de saúde negam a morte.

No cotidiano do trabalho em unidades de pacientes críticos, observo diferentes maneiras utilizadas pelos profissionais para fazer referência ao

13 Relatórios apresentados ao Departamento de Atenção Pré-Hospitalar e Hospitalar (DAPHOS), Secretaria Municipal de Saúde de Santos, nos anos de 2012, 2013 e 2014.

14 Para a teoria freudiana, “mal-estar” relaciona-se a algo que não tem nem lugar, nem nome. Quando conseguimos nomeá-lo torna-se sofrimento (FREUD, 1974). Sempre que me referir a mal-estar, adoto este significado.

potencial doador e ao *status* que ele apresenta no momento. Por vezes, o potencial doador é nomeado como “paciente”, sugerindo uma condição de vivo. Em outros momentos ele é tratado como “corpo”, o que expressa um significado de morte. A maneira ambígua como os trabalhadores da saúde se referem ao potencial doador foi um estímulo importante para que este ensaio se realizasse. Afinal, eu me perguntava: a escolha de uma expressão verbal (que no contexto sugere ambivalência) explicita um conflito que confunde as fronteiras entre quem está vivo e quem está morto? Qual seria o significado da ME para estes profissionais?

O panorama histórico apresentado indica que os avanços no campo da captação de órgãos são indiscutíveis, mas a rotina do trabalho de lidar com a morte, em especial com a encefálica, parece provocar inquietações que são frequentemente verbalizadas[15] pelos profissionais que trabalham em unidades de pacientes críticos e observadas pelas equipes de captação de órgãos. O diagnóstico de ME extrapola a mera realização de um procedimento técnico, pois provoca discussões filosóficas, éticas e bioéticas. Aquecendo este diálogo, Agamben (2010) relata que estaria em jogo, na captação de órgãos, a definição de uma vida que pode ser retirada sem que se cometa homicídio. Esta provocação lança-nos a um território de incertezas e explicita que há diferentes possibilidades de compreensão deste evento.

Diagnosticar a ME é uma intervenção de grande complexidade subjetiva e que demanda análise. Esquivar-se deste diagnostico poderá ter como repercussão a interrupção ou a precarização da terapêutica de transplante destinada aos portadores de doenças crônicas sem possibilidades de tratamento. Assim, considero que o evento de diagnosticar a ME é um ponto de extraordinária relevância no processo transplantador. Por um lado, sem este diagnóstico não há possibilidade de buscar a autorização familiar para a doação, não há possibilidade de coleta de órgãos, não há transplante e, portanto, todo o processo é interrompido. Por outro, o fato de os profissionais da saúde estarem imersos no cotidiano de constatar e confrontar-se com a ME, aliado à negação da morte e à ausência de espaços legitimados para problematizar a prática

15 Certa vez fui inquirida por um colega de trabalho: “E se daqui a alguns anos for possível reverter a ME? O que faremos?” Em outra situação, ouvi de uma colega que sentenciou sobre o morto encefálico cujo coração parou dias após o diagnóstico de ME: “o paciente morreu mesmo agora que o coração parou!”.

profissional, parece revelar que a lida com a morte é fonte de sofrimento psíquico.

4. Considerações finais

O caminho percorrido neste ensaio conduziu-me a compreender que a morte é um evento negado e ocultado socialmente. Nos lugares destinados ao fim da vida, como os hospitais e emergências, a vida se vai em silêncio: quase não ouvimos choros, lamentos ou mesmo o seu nome. Nas unidades estudadas inexiste um lugar físico institucionalizado destinado ao pranto, ao consolo e ao recolhimento, e não há a privacidade que o momento exige. Ao contrário, este é um acontecimento exposto publicamente: as comunicações de más notícias às famílias geralmente são feitas com as portas abertas, a entrega e o preenchimento do atestado de óbito são realizados em lugares de trânsito como a sala da enfermagem. Estes procedimentos são indicações que sinalizam para o enlutado a necessidade de conter as emoções.

Compreendi, no que diz respeito à morte encefálica, uma particularidade: ela apresenta características que se aproximam de uma condição de invisibilidade. Esta, (a invisibilidade), embora também apresente características de negação, está mais próxima do conflito que se dá na compreensão de até onde se estende a vida e quando se inicia a morte. Uma parte desta apreensão é dada pela insuficiência de sinais e concretude da ordem do visível. A materialidade que existe, como exames de imagem e testes clínicos, constituídos pela ciência médica, evidenciou sua limitação para responder às demandas subjetivas sobre a compreensão do diagnóstico de morte encefálica. As expressões verbais para nomear o potencial doador, que sugerem ambivalência quanto ao estatuto do morto encefálico, indicam lacunas que precisam ser preenchidas não só com a ciência baseada em critérios internacionais do que seja a morte encefálica. Há a necessidade de ser incluída outros saberes e reflexões tais como a ética, bioética, aspectos filosóficos.

Outro aspecto a ser salientado no diagnóstico da ME, para além da técnica da sua verificação, norteada pelo conhecimento médico científico, está em jogo a complexidade do ponto de vista do afeto, da espiritualidade que cada

profissional carrega com consigo. Por um lado, se o médico não se sentir confortável em sua ação diagnóstica do ponto de vista religioso e da religiosidade, amparado pela ética e bioética, seguro com o seu posicionamento filosófico de vida e da morte, manifestará algum tipo de hesitação e medo que tende a afastá-lo dessa zona de tensão. Estas situações podem desencadear sofrimento com repercussão negativa para a saúde mental do trabalhador.

É preciso que os serviços de referência para as questões de doação afinem os ouvidos para entender as recusas dos colegas e exercitem enxergar com os olhos do outro a invisibilidade da morte encefálica.

Referências bibliográficas

AD HOC COMMITTEE of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. A Definition of Irreversible Coma. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, v.205, n.6, p.337-40, ago.1968.

AGAMBEN, G. *Homo sacer*: o poder do soberano e a vida nua. 2.ed. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2010.

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia*: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 2.ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

ARIÈS, F. *O homem perante a morte.* Lisboa: Publicações Europa-América, 2000. (Biblioteca Universitária)

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2005-2012). *Registro Brasileiro de Transplantes (RBT)*. São Paulo, ano XVIII, n.4. jan.-dez, 2012.

_____. Dados por Estado: pacientes ativos em lista de espera. *Registro Brasileiro de Transplantes (RBT).* São Paulo, ano XX, v.17, n.4, p.22, dez. 2014. Disponível em: www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2014/rbt2014-lib.pdf. Acesso em: 7 de outubro de 2015.

BORGES, M. S.; MENDES, N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, São Paulo, v.65, n.2, p.324-37, 2012**.**

BRASIL. Lei nº 10. 211/2001 Altera dispositivo da Lei 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano”. Disponível em:

www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10211.htm. Acessado em: 29 de setembro de 2015.

_____. Lei nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamento. *Diário Oficial* [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 24 de mar. 2001. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.fev.11/Iels39/U_PT-MS-SAS-85_250211.pdf>. Acesso em: 2 jun.2012.

_____. Resolução CFM nº 1.826 de 24 de outubro de 2007. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético de suspensão dos procedimentos de suporte terapêutico quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não doador. *Diário Oficial* [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 6 de dezembro de 2007. Disponível em: www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1826_2007.htm. Acesso em: 29 de setembro de 2015.

CARRARA, S. Prefácio. In: MENEZES, R. A. *Em busca da boa morte:* antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2004. p.12-3.

COLLUCCI, C. 70% dos enfermeiros do país não se sentem seguros. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 9 jun. 2015. Caderno Cotidiano.

COLLUCCI, C.; SCHWARSTZMAN, H. O Brasil é o terceiro pior lugar para morrer. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 15 jul. 2010. Caderno Saúde. Disponível em: <http:acervo.folha.com.br/fsp/2010/07/15/15/>. Acesso em: 15 de julho de 2015.

CROWLEY-MATOKA, M.; LOCK, M. Organ Transplantation in a Globalised World. *Morality*, London, v.11, n.2, p.166-81, 2006.

DEJOURS, C. Um suicídio no trabalho é uma mensagem brutal. Entrevista por GERSCHENFELD, A. 1. Fev. 2010. Disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/um-suicidio-no-trabalho-e-uma-mensagem-brutal-1420732.>

_____. *A loucura do trabalho*: estudo de psicopatologia do trabalho. 5.ed. ampliada. São Paulo: Cortez-Oboré, 2014a.

_____. *Entrevista*: normalidade, trabalho e cidadania. Três aspectos presentes no novo conceito de saúde discutido por Christophe Dejours. [1991] In:_____. *A loucura do trabalho*: estudo de psicopatologia do trabalho. 5.ed. ampliada. São Paulo: Cortez-Oboré, 2014b. p.164-8.

Dicionário etimológico: etimologia e origem das palavras. S. l.: 7Graus, 2015. Disponível em: http://www.dicionarioetimologico.com.br/eutanasia/.

DINIZ, D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. *Cad. de Saúde Pública,* v.22, n.8, p.1741-47, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/SO102-311X2006000800023>. Acesso em: 15 mar. 2015.

ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*, seguido de "envelhecer e morrer". Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001.

_____. *O processo civilizador*: uma história dos costumes, v.1, 2.ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2011.

FREUD, S. *O futuro de uma ilusão, O mal estar da civilização e outros trabalhos.* v.XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Obras Psicológicas Completas)

_____. *Luto e melancolia*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *O mal-estar da civilização*. São Paulo: Cia. das Letras, 2014.

GALLEGOS, F. R. *et al*. Cap. 4. Denominación en donación en asistolia y clasificación de los donantes en asistolia. In: MATESANZ ACEDOS, R. et al. *Donación en asistolia en España:* situación actual y recomendaciones. Espanha: Organización Nacional de Trasplantes. 2012. Disponível em: <http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/DONACI%C3%93N%20EN%20ASISTOLIA%20EN%20ESPA%C3%91A.%20SITUACI%C3%93N%20ACTUAL%20Y%20RECOMENDACIONES.pdf >. Acesso em: 15 mar. 2014.

GARCIA. J. R. (Roteiro e direção). La Dama y la Muerte. España: Kandor Graphics/Green Moon, 2009.

GIOVANETTI, J. P. Psicologia existencial e espiritualidade. In: ARMATUZZI, M. M. (Org.) *Psicologia e espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 2005, p.129-48.

KIND, L. *Morte e vida tecnológica:* a emergência de concepções de ser humano na história da definição de morte cerebral. Rio de Janeiro, 2007. 128f. Dissertação (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. *Revista Psicologia, Ciência e Profissão*, v.25, n.3, p.485-96. 2005.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário de Psicanálise*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MENEZES, R. A. *Em busca da boa morte:* antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2004.

_____. *Difíceis decisões*: etnografia de um Centro de Terapia Intensiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

NIETZSCHE, F. *Fragments posthumes*. Automne 1885-automne 1887. Paris: Gallimard, 1978.

OGDEN, T. H. Sobre três formas de pensar: o pensamento mágico, o pensamento onírico e o pensamento transformador. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v.46, n.2, 2012.

PASSOS, E.; BARROS, B. R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia*: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 2.ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia*: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 2.ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PERNICK, M. S. Brain Dead in a Cultural Context: the Reconstruction of Dead, 1967-1981. In: YOUNGNER, S. J.; ARNOLD, R. M.; SCHAPIRO, R. *The Definition of Dead*: Contemporary Controversies. Baltimore & London: The John Hopkins University Press, 1999.

PRATES, P. R. Pequena história da cirurgia cardíaca: e tudo aconteceu diante dos nossos olhos... *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular,* v.14, n.3, p.177-84, 1999.

RAGO, M. *A aventura de contar-se*: feminismo, escrita de si e invenção da subjetividade. Campinas: Editora da Unicamp, 2013.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES (RBT). Disponível em: https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2023/03/rbt2022-naoassociado.pdf Acesso em: 05 dez. 2023.

SANTOS, M. C. C. L. *Morte encefálica e a lei de transplante de órgãos.* 2.ed. São Paulo: Oliveira Mendes, 1998.

SANTOS. Lei nº 2.569/08. Autoriza o poder executivo a criar, no âmbito do município de Santos, o sistema de captação e transporte de órgãos e tecidos para transplante. *Diário Oficial* [da Prefeitura Municipal de Santos]. Santos, 29 set. 2008. Disponível em: cm-santos.jusbrasil.com.br/legislacao/516040/lei-2569-08. Acesso em: 30 de setembro de 2015.

SANTOS. *Relatório das atividades realizadas pela Seção de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.* Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Seção de Captação e Transporte de Órgãos e Tecidos para Transplantes (Secapt). 2012. Material não publicado.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. [online], São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-

saude/homepage/destaques/direita/sistema-estadual-de-transplantes/>. Acesso em: 26 maio 2012.

SCHOPENHAUER, A. *Sobre a morte*: pensamentos e conclusões sobre as últimas coisas. Org. de Ernst Ziegler e Franco Volpi. Trad. de Karina Jannini. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

SECAPT. *Registro de Óbitos* do Pronto Socorro Central. Santos, 2013.