

O PSICÓLOGO NA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Adrielle Maia Lima¹, Sâmia Karine Moraes Ribeiro², Maria Juliana de Moraes
Ferreira³, Carolina Roseli de Sousa Mesquita⁴

RESUMO

O artigo visa descrever as atividades realizadas por uma Psicóloga Residente na Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) de um hospital de referência em urgência e emergência na cidade de Fortaleza/CE. Trazendo um estudo descritivo de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, utilizou como estratégia para a coleta de dados a observação participante. Para a análise dos dados obtidos nas experiências vividas foi elaborado um quadro descritivo contendo o registro das atividades efetuadas no mês de setembro de 2016. A vivência foi distribuída em quatro categorias com o intuito de promover aproximação entre a teoria e a realidade prática vivenciada. Concluiu-se que o psicólogo, como integrante da CIHDOTT, propicia o luto saudável e fornece aos demais profissionais um espaço de acolhida para suas limitações, além de promover o vínculo entre equipe e família, favorecendo canais de comunicação e minimizando conflitos.

Palavras-chave: Psicologia, Acolhimento, Equipe de assistência ao paciente, Obtenção de órgãos e tecidos.

THE PSYCHOLOGIST AT THE INTRA-HOSPITAL COMMISSION OF ORGAN DONATION AND
DONATION: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT

The article aims to describe the activities done by a Psychologist Resident at the Intra-Hospital Organ Donation and Transplant Tissue Commission (CIHDOTT) of a hospital reference in emergency in the city of Fortaleza / CE. It is an experience report with qualitative descriptive study, it used participant observation as a strategy for data collection. For the analysis of the data obtained in the lived experiences, a descriptive table containing the record of the activities carried out in September 2016 was elaborated. The experience was distributed in four categories in order to promote an approximation between the theory and the lived practical reality. It was concluded that the psychologist, as a member of the CIHDOTT, provides adapted grief and provides other professionals a welcoming space for their limitations. In addition to promote the link between team and family, favors communication and minimize conflicts.

Keywords: Psychology, Reception, Patient assistance team, Obtaining organs and tissues.

¹ Psicóloga discente do curso de pós-graduação - Residência Integrada em Saúde - Escola de Saúde Pública do Ceará – Brasil.

² Psicóloga mestra em Saúde Pública - Universidade Estadual do Ceará; Instituto Doutor José Frota – Brasil.

³ Enfermeira especialista em Unidade de Terapia Intensiva - Residência Integrada em Saúde - Escola de Saúde Pública do Ceará – Brasil.

⁴ Fisioterapeuta - Residência Integrada em Saúde - Escola de Saúde Pública do Ceará – Brasil.

INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos, em alguns casos, apresenta-se como única alternativa de tratamento para pacientes onde outras terapias mostram-se inúteis. Apesar dos avanços conquistados na área dos transplantes, ainda se observa uma enorme desproporção entre a demanda e o número de transplantes efetivados (Westphal et al., 2016, pp. 220-25).

No Brasil, o primeiro transplante com doador falecido ocorreu na década de 60 na área da nefrologia. No começo os transplantes eram regulamentados regionalmente e a inscrição dos receptores era feita de maneira informal, assim como a retirada de órgãos e tecidos. Dessa forma, não havia uma regulamentação de critérios para a captação e distribuição dos órgãos e tecidos (Cuiabano, 2010).

O Brasil é considerado o segundo país em número de transplantes realizados a cada ano, sendo mais de 90% efetuados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os doadores vivos podem doar medula óssea, um dos rins, parte do fígado e parte do pulmão. Já de não vivos em morte encefálica possibilita-se a doação de coração, pulmões, rins, córneas, fígado, pâncreas, ossos, tendões, veias e intestino (Dantas, Vieira, Souza & Fernandes, 2012).

Todavia, visando essa regulamentação, surgiu, em 04 de fevereiro de 1997, a Lei de Transplantes nº 9.434, que “Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências” (Arcanjo, Oliveira & Silva, 2013, pp. 119-125).

A Lei 10.211/2001 retrata que as manifestações de vontade relativas à retirada "post mortem" de tecidos, órgãos e partes, constantes da Carteira de

Identidade Civil e da Carteira Nacional de Habilitação, perdem sua validade a partir de 22 de dezembro de 2000, assim a mesma passa esta autorização à família a admitir ou não o processo de doação, mesmo que o potencial doador tenha esclarecido em vida seu desejo de doar. Diante disso, é necessário que o enfermeiro oriente a família e tire suas dúvidas quanto à doação e aos procedimentos a serem realizados, esclarecendo quais órgãos podem ser doados e que isso não acarreta custos, visto que o procedimento de retirada de órgão é arcado pelo SUS e possibilita salvar outras vidas (Batista, Silva & Canova, 2012, pp. 1689-714).

A doação de órgãos em vida é permitida legalmente apenas para parentes consanguíneos até a quarta geração ou cônjuge, ou se o doador autorizar a recepção do órgão por outra pessoa, exceto nos casos de medula óssea, quando a autorização é dispensada (Dantas, Vieira, Souza & Fernandes, 2012).

Órgãos que podem ser doados em vida: parte de um dos pulmões, parte do fígado, um dos rins. Tecidos que podem ser doados: ossos, medula óssea, cordão umbilical, sangue e esperma. Doação entre pessoas vivas são autorizadas somente para cônjuge ou parentes até 4º grau (pais, irmãos, netos, avós, tios, sobrinhos e primos). Para pessoas com grau de parentesco mais distante ou sem relação consanguínea, as doações devem ser feitas com autorização judicial (Brasil, 2017, seção 1: art. 27).

A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos, ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e

tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina (ART 3º, LEI nº 9.434).

Baseado nessa lei, o Conselho Federal de Medicina, a partir da Resolução CFM Nº 1.480/97, define a Morte Encefálica (ME) como a parada definitiva e irreversível do encéfalo (cérebro e tronco cerebral) que causará, em um curto período de tempo, a falência total do organismo. Ainda de acordo com essa resolução, para a obtenção do diagnóstico de morte encefálica é necessária a realização de dois exames clínicos e um exame complementar. Esse processo tem duração em torno de 12 a 36 horas da suspeita à confirmação de morte encefálica, a depender da faixa etária.

O processo de doação inicia-se com a identificação do possível doador, ou seja, aquele paciente que apresenta grandes chances de obter o diagnóstico de morte encefálica (ME) (Cuiabano, 2010).

Visando a correta identificação do possível doador e a regularização da doação de órgãos dentro das instituições hospitalares, surge a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT. A mesma é obrigatória nos hospitais particulares, públicos ou filantrópicos com mais de oitenta leitos. Com a Portaria 1.262, de 16 de junho de 2006, o Ministério da Saúde regulamentou as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial doador de órgãos e tecidos relativos à CIHDOTT (Brasil, 2006, seção 1:41-4).

De acordo com a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos – ABTO (2011), a CIHDOTT deve ser instituída pela direção de cada hospital e deve ser composta por, no mínimo, três profissionais de saúde, dentre estes um médico ou

enfermeiro deverá ocupar a função de coordenador. Estes profissionais não podem compor a equipe de transplante e nem a de captação de órgãos e tecidos (Ano 22, n. 4).

Após a identificação do potencial doador, a notificação deste é compulsória e deve ser feita junto à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO), independentemente da intenção familiar de doação ou da condição clínica do potencial doador de converter-se em doador efetivo (Rodrigues et al., 2013, pp. 713-9).

Diversos estudos, tais como: Costa, Costa e Aguiar (2016, pp. 368-377); Dalbem e Caregnato (2010, pp. 728-735); Quintana e Arpini (2009, pp. 091-102); Santos e Massarollo (2011, pp. 472-478); Westphal (2016, pp. 220-25), discorrem sobre fatores que interferem na não efetivação da doação e captação de órgãos, dentre os quais podemos citar: falhas na notificação e identificação do paciente, na manutenção clínica do potencial doador, dificuldade de reconhecimento da morte encefálica, esclarecimento precário aos familiares sobre o diagnóstico de ME, má condução da entrevista familiar, local inadequado para a entrevista, identificação da morte com a morte clínica (parada cardiorrespiratória), desejo de manutenção da integralidade do corpo e desconhecimento da vontade do potencial doador.

Para a família, a morte de um ente querido pode ser algo de difícil aceitação, principalmente para aqueles que tinham uma grande dependência de quem partiu. Um fator que pode dificultar o processo de luto é que, frequentemente, a morte do paciente é inesperada, fruto de um acidente ou devido à violência urbana. Este fato se acentua, ainda mais, quando se trata de indivíduo

jovem. A morte de um jovem é interpretada como a cessação abrupta do ciclo biológico normal, causando naqueles que ficam sentimentos de fracasso e frustração (Bittencourt, Quintana & Velho, 2011, p. 435-442).

Os pacientes que se encontram com diagnóstico de ME seguem com todo o suporte terapêutico que mantém o organismo funcionando e isso pode despertar na família a fantasia de que aceitar a doação de órgãos corresponderá à autorização da morte do paciente. Nessas ocasiões, alguns familiares podem apresentar dificuldade na compreensão dessa realidade, podendo, inclusive, questionar a veracidade dos exames (Martins & Cosmo, 2010, pp. 1069-1208).

O impacto da morte apresenta efeito também na equipe de saúde, sobretudo diante das reações emocionais expressas pelos familiares enlutados. A formação acadêmica dos profissionais de saúde deixa a desejar quanto ao preparo teórico e técnico para intervenções específicas na compreensão do luto. Observa-se com frequência a insegurança nos profissionais responsáveis pela realização da entrevista familiar para a doação de órgãos (Cuiabano, 2010).

O profissional da saúde, frente a situações que causam desconforto, pode apresentar uma postura defensiva, fragmentando-se e isolando-se. O fato de lidar com situações angustiantes de forma rotineira, muitas vezes, o impacta subjetivamente e reflete no cuidado com o outro, o que poderá explicar a dificuldade da equipe em lidar com o paciente em ME, tendo em vista que essa realidade é permeada por situações de sofrimento e impotência para o profissional (Cavalcante et al., 2014, pp. 567-572).

O psicólogo, enquanto profissional de saúde mental inserido nesses espaços, poderá fornecer à equipe uma escuta que dê vazão às emoções que

emergem no atendimento aos familiares enlutados. Esses sentimentos permanecem latentes e, muitas vezes, não encontram espaço na instituição hospitalar para sua descarga, permanecendo, então, camuflados e causando sofrimento aos profissionais. Além disso, o psicólogo fornecerá, também, no momento importante de perda, assistência psicológica aos familiares visando à redução do sofrimento e aceitação gradual da morte inesperada do ente (Fernandes, Bittencourt & Boin, 2015, pp. 895-901).

O presente trabalho visa fomentar e contribuir com as discussões acerca da práxis desse profissional inserido nas instituições hospitalares de saúde no tocante à doação de órgãos, a partir da vivência de uma psicóloga residente.

O artigo mostra-se relevante pois, diante dos questionamentos vivenciados pela residente nesse contexto, e devido à escassez bibliográfica referente ao assunto em questão, buscou-se fornecer aos profissionais de psicologia subsídios que justificam e ressaltam a relevância deste profissional inserido nas equipes multiprofissionais da CIHDOTT.

Com isso objetivou-se descrever a experiência de uma psicóloga estagiando na Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante e das suas possíveis intervenções nesse espaço.

METODOLOGIA

O artigo caracteriza-se como um estudo descritivo de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. O mesmo ocorreu no mês de setembro de 2016, dentro do programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), conduzido pela Escola de Saúde Pública (ESP) - CE.

O estudo foi desenvolvido na Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) de um hospital de referência Norte e Nordeste em urgência e emergência, situado em Fortaleza/CE.

As atividades exercidas pelos membros da CIHDOTT: busca ativa por potenciais doadores, a realização dos exames para a constatação de ME, e a entrevista para a doação de órgãos, visando apropriar-se da realidade vivida e objetivando visualizar as possibilidades de atuação do psicólogo inserido neste espaço.

Para a efetivação da coleta dos dados utilizou-se como estratégia a observação participante que permitiu compreender e descrever o objeto da pesquisa.

Para a sistematização e análise dos dados obtidos nas experiências vividas foi elaborado um quadro descritivo contendo o registro das atividades exercidas, ou seja, um diário de campo. Este quadro era preenchido diariamente com: a atividade exercida, o público alvo (equipe ou família), o objetivo da intervenção e as observações/implicações.

Por fim, com intuito de descrever de forma sintética a experiência da psicóloga residente e de promover aproximação teórico-prática, foram divididas em quatro categorias: O diagnóstico de morte encefálica; Morte real x fantasias; O momento da despedida; e a Vivência da equipe diante da morte.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS/ESP - CE) constituiu-se como modalidade de ensino de Pós-Graduação *Lato Sensu* em regime de

tempo integral e dedicação exclusiva. A mesma caracteriza-se como educação para o trabalho, fornecendo aos residentes acompanhamento em serviço por meio dos docentes-preceptores. Os residentes são divididos em equipes de forma multiprofissional, ou seja, cada equipe contém um membro de cada núcleo profissional. Os residentes desempenham carga horária de sessenta horas semanais e realizam rodízios pelos setores do hospital. Cada equipe permanece, em média, de trinta a quarenta e cinco dias em casa setor.

Após a realização dos rodízios citados, surgiu o interesse, por parte da psicóloga residente, em abordar o assunto em questão, uma vez que, devido à gravidade dos casos recebidos no hospital, logo na admissão a equipe identifica a possibilidade de prognóstico de ME em diversos pacientes.

A psicóloga residente permaneceu um mês na CIHDOTT do referido hospital em estudo. Essa comissão é composta por vinte profissionais de saúde, sendo estes: assistentes sociais, enfermeiras e médica coordenadora do serviço. A equipe não possuiu em seu quadro o profissional de psicologia. Nos casos em que a equipe da CIHDOTT julga mais complexos, o Serviço de Psicologia do hospital é acionado e um profissional é solicitado a fim de prestar atendimento aos familiares em situações de luto.

Durante o período do estudo, foi possível desenvolver diversas atividades, que serão descritas nas categorias adiante.

- O diagnóstico de morte encefálica

A psicóloga residente buscou, inicialmente, compreender o diagnóstico de morte encefálica em seus mais variados aspectos (o que era, como ocorria e

como era possível verificá-lo). Para isto, ocorreu o acompanhamento das profissionais de enfermagem da CIHDOTT na busca ativa realizada aos pacientes com possibilidade de evoluírem para ME.

Observou-se a realização dos exames clínicos e complementares exigidos para a abertura e fechamento do protocolo de ME. A partir dessa apropriação de conhecimentos, foi possível fornecer aos familiares informações pertinentes ao psicólogo sobre o estado do paciente e retirar as dúvidas exibidas por eles, respeitando sempre os limites éticos profissionais, com o auxílio da equipe de enfermagem do serviço.

Nos casos onde abria-se o protocolo, ou seja, quando o primeiro exame clínico era positivo para ME, foram realizadas buscas nos prontuários dos pacientes visando à assimilação dos seus históricos familiar e social.

Essa atuação facilitou o estabelecimento do vínculo com as famílias quando estas compareciam ao hospital para receber a notícia, uma vez que sentiam-se valorizadas quando eram feitas referências ao paciente pelo seu nome, características e contexto, ao invés do seu diagnóstico.

Além disso, houve acompanhamento dos familiares nas ocasiões em que os médicos assistenciais repassavam as informações sobre a abertura do protocolo, visando oferecer o suporte emocional e o favorecimento de canais de comunicação, já que muitas famílias não se sentiam seguras para exprimir suas dúvidas e fantasias.

Verificou-se, porém, que devido à rapidez com que os fatos acontecem, do acidente inesperado até a morte repentina do paciente, pois muitos se encontravam saudáveis e por vezes no caminho para o trabalho ou realizando

alguma atividade de costume diário, muitas famílias apresentaram dificuldade em compreender o diagnóstico de ME, que este é irreversível e que significa a morte do paciente. Aceitar esse diagnóstico era aceitar a morte do ente.

Outro fator que dificultava essa compreensão por parte da família, é que devido à rotatividade das equipes assistenciais as informações sobre a possibilidade de evolução para morte encefálica não se apresentavam de forma clara. Assim, algumas famílias relatavam em seu discurso que nenhum médico havia lhes dito anteriormente da possibilidade de prognóstico de ME, e que este diagnóstico representava o óbito do paciente.

Conforme Torres e Lage (2013), nesse momento, os esclarecimentos de informações sobre o agravamento do quadro clínico contribuem para que a família encontre recursos para lidar com a situação. Informações claras são, portanto, indispensáveis para permitir o enfrentamento e a aceitação da perda, assim como, uma melhor preparação da família nas fases posteriores (pp. 38-51).

Além disso, devido ao reduzido número de profissionais de psicologia que a instituição dispõe, algumas famílias não haviam recebido, até então, nenhum tipo de suporte psicoemocional para o enfrentamento da situação traumática.

Após o impacto da notificação as famílias eram encaminhadas à CIHDOTT, onde era possível a equipe multiprofissional acolhê-los de forma mais adequada. Nesses momentos era fornecida escuta psicológica qualificada aos familiares para que estes pudessem expressar todos os seus questionamentos ou quaisquer outras reações que surgiam diante do choque de receber tal informação.

- Morte real x fantasias

A morte de um ente querido pode ser algo de difícil aceitação para alguns membros da família. Durante o período de inserção na CIHDOTT, percebeu-se que as famílias utilizavam mecanismos de defesa para lidar com a perda do ente.

Os mecanismos de defesa caracterizam-se por operações mentais, em sua maioria inconscientes, que visam proteger o sujeito da ansiedade excessiva, afetos negativos ou sentimentos dolorosos, que podem advir do meio interno ou externo (Carvalho, 2014).

Dentre os diversos mecanismos existentes, percebeu-se que a negação era o recurso mais utilizado pelos familiares quando estes eram confrontados com a notícia de ME e, conseqüentemente, de morte do indivíduo.

O mecanismo de negação é definido como uma das defesas imaturas ou primitivas do sujeito, que visa a distorção ou evitação da realidade externa que é vista como ameaçadora (Carvalho, 2014).

A negação da morte do paciente, em algumas situações, foi manifestada por meio de reações agressivas e de desconfiança direcionadas à equipe. Havia famílias que acreditavam que a equipe estava mentindo sobre a morte do paciente, e outras que, embora recusassem a doação, suspeitavam que os órgãos haviam sido retirados mesmo sem o seu consentimento.

Esse é o período da revolta, da rebeldia, do descontrole emocional e dos ressentimentos. É agora que a pessoa se sente injustiçada e inconformada com a perda, pelo fato de o Ego não conseguir manter a negação e o isolamento. É a fase de perguntas como “por que isso aconteceu comigo?”, “com tanta gente ruim pra morrer por que eu, eu que sempre fiz o bem, sempre trabalhei e fui honesto, perdi a pessoa que mais amo?”

A aceitação da morte do enfermo por parte da família, portanto, ainda está associada em nossa sociedade à parada cardíaca. Desta forma, tornava-se contraditório para alguns familiares reconhecer que o paciente se encontrava sem vida apresentando características que, para eles, são compatíveis com a vida, sendo assim necessário o aconselhamento destas famílias para melhor entendimento do fato. De acordo com Santoro et al. (2015), apesar dos familiares estarem cientes do nível de gravidade e da irreversibilidade do quadro clínico do paciente, a presença de batimentos, respiração, pele quente, entre outros, causa na família sentimentos de desconfiança para com a equipe e mantém a esperança de vida (pp. 165-176).

Esse fato, por sua vez, prejudicava a entrevista familiar para a doação de órgãos, pois diante desse contexto a família acreditava que viabilizar a doação significava retirar a vida do paciente.

Além disso, as famílias mostravam-se receosas quanto à manipulação do corpo, associando a doação à mutilação do indivíduo, e a violação da imagem e identidade do ente. Outro fator que também dificultava a aceitação da doação era o medo apresentado pelos familiares referente à demora para a liberação do corpo.

Segundo Moraes, Massarollo (2009), o familiar tem dificuldade em aceitar a manipulação do corpo do parente com a finalidade de retirada de órgãos para transplante, e a não aceitação é motivo para negar a doação, por acreditar que o corpo é o templo sagrado de Deus e é intocável.

Para estas famílias que apresentavam maiores resistências para acatar a morte do paciente e visando trabalhar as fantasias que permeiam todo o processo

de morte e morrer e da doação, foram efetuados atendimentos e intervenções específicas.

Dentre as principais intervenções podemos destacar: promoção da livre expressão verbal; clarificação e validação dos sentimentos; esclarecimentos de informações; retificação do pensamento; fortalecimento dos recursos egóicos de enfrentamento da situação; assinalamento de relações; esclarecimento sobre as fases do luto (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação); solicitação de interconsulta; e encaminhamentos à rede psicossocial em casos específicos.

Outro recurso utilizado, com ajuda da equipe da CIHDOTT, era acompanhar os familiares que ainda exibiam fantasias relacionadas à morte do ente, mesmo após a parada cardíaca, a setores específicos do hospital, como: sala de reanimação e necrotério.

Nessas ocasiões, os parentes manifestaram todos os sentimentos que, até então, ainda estavam contidos ou latentes devido à negação do óbito. Fornecer esses espaços de contato com a morte real, para alguns indivíduos, é essencial e libertador. Muitos parentes, após essa experiência, apresentavam indícios de saída da fase de negação e começavam a percorrer as outras fases de elaboração do luto.

- O momento da despedida

Após a efetivação do estabelecimento do vínculo terapêutico e da compreensão da família sobre a abertura do protocolo de ME do paciente, foram utilizadas as horas disponíveis até a conclusão do diagnóstico, para acompanhar as visitas dos parentes ao ente.

Estas visitas ocorriam fora do horário preconizado pela instituição hospitalar devido à gravidade e a especificidade dos casos. Nestes momentos trabalhou-se em parceria contínua com as assistentes sociais da CIHDOTT que viabilizam, sempre que possível e solicitado, a entrada dos familiares ao setor onde o paciente encontrava-se internado.

A promoção destes momentos contribuiu positivamente na escuta fornecida à família, uma vez que a CIHDOTT da referida instituição ainda não conta com espaço adequado para o atendimento psicológico. Assim, determinados familiares mostraram-se mais receptivos e abertos ao diálogo quando estávamos em outros ambientes do hospital como os corredores da unidade em momentos em que os parentes se encontravam a sós com a psicóloga.

A família, após a promoção desses espaços de visita e acolhimento, passava a confiar no trabalho fornecido pela equipe e se sentia amparada em suas demandas diante da sua perda irreparável.

Durante estas ocasiões, foi melhor favorecido aos familiares a possibilidade de realização dos rituais de despedida ao paciente. Para Carvalho e Martins (2015), esses rituais caracterizam-se como cerimônias de passagem que prepararam os familiares para a readaptação a uma nova condição de vida. O psicólogo poderá verificar, neste momento de luto, se há algum ritual importante a ser realizado, a fim de facilitar a aceitação da morte (pp. 129-142).

As famílias, que por algum motivo como a mutilação do corpo pela cinemática do trauma, não tiveram oportunidade de ver seu ente, por vezes, exprimiam sentimentos de raiva ou de profundo pesar, pois relatavam que

gostariam de ver e de se despedir do seu ente antes que esse fosse colocado em uma urna funerária.

Os rituais de despedida, portanto, servem como grandes aliados para a prevenção de possíveis sintomas psicopatológicos derivados de lutos mal elaborados. O psicólogo pode e deve se fazer presente nesses momentos, a fim de propiciar o luto saudável à família e sensibilizar a equipe para a relevância dos rituais.

- A vivência da equipe diante da morte

Apesar da morte ser parte do processo natural de vida, ela ainda se apresenta como algo bastante assustador e temido, seja pelos familiares ou pelas equipes de saúde que assistem os pacientes.

A negação da morte é perceptível em todos os setores da sociedade, até mesmo entre os profissionais da saúde que, na linguagem do dia a dia, comumente referem-se à mesma como óbito (Boemer, 1986; Spíndola, 1994).

Segundo De Sousa (2009), por herança cultural ou formação pessoal, cada ser humano carrega dentro de si uma representação individual da morte. A esta são atribuídas influências do convívio social, meios de comunicação e particularidades de cada indivíduo que contribuem para sua mistificação.

Embora as equipes de saúde encarem diariamente a morte, isso não significa necessariamente que estejam preparadas psicologicamente para lidar com ela. Aceitar a morte do outro implica essencialmente aceitar a sua própria condição de finito. Diante desse contexto adverso, as equipes tendem a

desenvolver comportamentos defensivos, como o isolamento, para conseguir suportar a morte e todo o leque de significações que dela surgem.

Estes mecanismos de defesa também são aludidos na literatura referente à temática, ou seja, não se restringem somente à equipe da CIHDOTT do hospital em questão, mas dizem respeito à dificuldade que diversas equipes apresentam ao enfrentar cotidianamente a morte.

Dentre os comportamentos defensivos encontrados, podemos citar a utilização do discurso religioso, após o repasse das orientações de cunho científico. Este comportamento visava, em algumas situações, cessar ou diminuir o mal-estar vivenciado diante do sofrimento expressado pela família. Assim, a equipe fornecia respostas de caráter espiritual na tentativa de minimizar a aflição da família e, indiretamente, a sua também.

Outro comportamento verificado diz respeito à dificuldade encontrada pela equipe em manejar as reações apresentadas pelos familiares, principalmente as hostis. A morte gera sentimentos complexos em todos os envolvidos, e exige da equipe um enorme esforço para abrir mão das suas emoções e acolher incondicionalmente as da família.

A equipe, em determinados momentos, tende a ver as reações hostis dos familiares como ataques diretos aos profissionais e acabam respondendo da mesma forma, não entendendo que essas atitudes representam o modo de reagir da família frente a situações de grande impacto e de sofrimento.

Cuiabano (2010) destaca que o profissional de saúde precisa lidar com seus conflitos internos, bem como acolher os familiares em suas dores e emoções que surgem diante da morte. Essa função requer dos profissionais capacidade

psicoemocional para realizar as intervenções com manejo e respeitando a dor do outro. Todavia, as instituições hospitalares não fornecem aos profissionais espaços que promovam reflexão dos pensamentos, fantasias e emoções provocadas diante da morte e enlutamento dos familiares. Estes são, com frequência, abafados e negados.

Visando trabalhar tais questões foram promovidos, dentro do possível, espaços de trocas com os profissionais possibilitando reflexões e retirada de dúvidas sobre o processo de morte e morrer. Todavia, esses comportamentos há muito estão arraigados e cristalizados necessitando, assim, de um período mais longo de atuação por parte do profissional de psicologia para gerar mudanças duradouras.

Também foram efetuados acolhimentos e escutas qualificadas a alguns profissionais que apresentaram demandas psicológicas nesse período, sendo frisada a necessidade de acompanhamento clínico psicológico contínuo em alguns casos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que o processo de morte e morrer ainda apresenta-se como tabu para os indivíduos de modo geral, sejam familiares ou profissionais de saúde. Esse processo torna-se ainda mais delicado e complexo quando se trata da morte inesperada de um ente querido, podendo dificultar o estabelecimento do vínculo entre equipe e família.

Surgem nesse percurso reações e sentimentos em todos os envolvidos que refletem no fornecimento de informações e podem gerar comportamento de

desconfiança quanto ao processo de diagnóstico da morte encefálica e, conseqüentemente, do processo de doação de órgãos.

Faz-se necessário uma reflexão permanente sobre a práxis desenvolvida dentro da CIHDOTT e um constante aprimoramento dos profissionais para que estes possam auxiliar de forma adequada a família do potencial doador a tomar a decisão mais assertiva de acordo com seus valores.

Outro ponto importante e urgente diz respeito à realização de novos estudos referentes à temática para que, desta forma, os profissionais de psicologia possam se inserir de forma mais adequada nesses espaços e esclarecer a relevância do seu papel.

O profissional de psicologia, como integrante da CIHDOTT, pode desenvolver atividades que favoreçam a expressão de sentimentos e a vivência do luto aos familiares, assim como fornecer aos demais profissionais um espaço de acolhida para suas limitações. Além disso, desenvolverá meios de promover o vínculo entre equipe e família, favorecendo canais de comunicação e minimizando conflitos.

O psicólogo, todavia, não deve embasar sua prática visando exclusivamente a doação, e sim a busca da garantia do espaço de qualidade para escuta onde o sujeito possa advir e expor seus pensamentos, medos e fantasias que permeiam todo o processo de morte. Nesse contexto, se o psicólogo for parte da CIHDOTT, seu papel está para além do convencimento para a efetivação da doação; com o atendimento da família do potencial doador o psicólogo poderá realizar seu acompanhamento desde o momento da internação do paciente até a

entrega do corpo aos responsáveis. A aceitação ou recusa da doação não deve interferir na qualidade do atendimento fornecido à família.

REFERÊNCIAS

Arcanjo, R. A, Oliveira, L. C & Silva, D. D. (2013) Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. *Revista Bioética*. Mato Grosso, Vol. 21, pp. 119-125.

Associação Brasileira De Transplante De Órgãos - ABTO. (2016). Registro Brasileiro de Transplantes. *Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados no país e por estado no ano de 2015*. Ano 22, n. 4.

Batista, A.C.R., Silva, O.L. Jr., Canova, J.C.M. (2012). Atuação do enfermeiro no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *J Bras Transpl*. 15 (4), pp.1689-714.

Bittencourt, A. L. P. Quintana, A. M. Velho, M. T. A. C. (2011). A perda do filho: luto e doação de órgãos. *Rev. Estudos de Psicologia*. 28 (4), pp. 435-442. Campinas.

Boemer, M.R. (1986). *A morte e o morrer*. São Paulo: Cortez.

Brasil. (2016). Ministério da Saúde. Portaria nº 1.262, de 16 de junho de 2006. Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Diário Oficial da União. 15 ago. 2016; seção 1:41-4.

Brasil. *Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997*. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 30 jun. 1997. Art. 16, parágrafo 1º e parágrafo 3º.

Brasil. *DECRETO Nº 9.175, DE 18 DE OUTUBRO DE 2017*. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Diário Oficial, Brasília, DF, 19 out. 2017. Art. 27, parágrafo único.

Carvalho, J. B. B. (2014). *Estilos de vinculação e mecanismos de defesa: um estudo com jovens adultos*. 2014. Trabalho de conclusão de curso (Mestrado Integrado em Psicologia). Universidade de Lisboa. Lisboa.

Carvalho, J. S. Martins, A. M. (2015). A morte no contexto hospitalar: Revisão de literatura nacional sobre atuação do psicólogo. *Rev. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 18 (2), pp. 129-142. Rio de Janeiro.

Cavalcante, L.P, et al. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *Rev. Acta Paulista de Enfermagem*. 27 (6), pp. 567-572. São Paulo.

Conselho Federal De Medicina. Resolução nº 1.480/97. Dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm. Acesso em: 09 de abril, 2016.

Costa, C. R., Costa, L. P., Aguiar, N. (2016). A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. *Rev. Bioética*. 24 (2), pp. 368-377. Brasília.

Cuiabano, R. S. (2010) *Morte encefálica no contexto de doação de órgãos*. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto). 4 Estações Instituto de Psicologia. Cuiabá.

Dalbem, G. G., Caregnato, R. C. A. (2010). Doação de órgãos e tecidos para transplantes: recusa das famílias. *Rev. Texto Contexto Enfermagem*. 19 (4), pp. 728-735. Florianópolis.

Dantas, F.A., Vieira, D.S., Souza, J.O., Fernandes, L.T.B., Zaccara, A.A.L. (2012). Aspectos éticos e legais da doação e transplantes de órgãos no Brasil. 15º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem. Fortaleza. Disponível: <http://bit.ly/28FIdm8>. Acesso em: 08 de fevereiro, 2017.

De Sousa, D.M. et al. (2009). A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18 (1), pp. 41-47.

Fernandes, M. E. N. Bittencourt, Z. Z. L. C. Boin, I. F. S. F. (2015). Vivenciando a doação de órgãos: sentimentos de familiares pós consentimento. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*. 23 (5), pp. 895-901. São Paulo.

Martins, C. M; Cosmo, M. A. (2010). centralidade da família no processo de doação de órgãos e tecidos. *Jornal Brasileiro de Transplante*. Vol.12, pp. 1069-1208. Rio de Janeiro.

Moraes, E.L. et al. (2009). Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. *Acta paul enferm*, 22 (2), pp. 131-5.

Quintana, A.M. Arpini, D.M. (2009). Doação de órgãos: possíveis elementos de resistência e aceitação. *Boletim de psicologia*, 59 (130), pp. 091-102.

Rodrigues, T.B. Vasconcelos, M. I. O. Brito, M. C. C. B. Sales, D. S. Silva, R. C. C. S. Souza, A. M. A. (2013). Perfil de potenciais doadores de órgãos em Hospital de Referência. *Revista Rene.*, 14 (4), pp. 713-9.

Santoro, K.A, et al. (2013). Na contramão do egoísmo: a percepção acerca da doação de órgãos pela família doadora. *Rev. Psicologado Artigos.* 4 (2), pp. 165-176.

Santos, M. J. Massarollo, M. C. K. B. (2011). Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Rev. Acta Paulista de Enfermagem.* 24 (4), pp. 472-478. São Paulo.

Spíndola T., Macedo M.C.S. (1994). A morte no hospital e seu significado para os profissionais. *Rev Bras Enferm.* Dez; 47(2):108-17.

Torres, J. C. Lage, A. M. V. (2013). *Manifestações psicológicas de familiares com pacientes em morte encefálica.* Rev. de Psicologia. 4 (1), pp. 38-51. Fortaleza.

Westphal, G. A. et al. (2016). Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Rev. Brasileira de Terapia Intensiva.* 28 (3), pp. 220-25. São Paulo.

CONTATO

Email: adrielle_maia@hotmail.com