



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
INTERDISCIPLINAR EM ESTUDOS LATINO-
AMERICANOS (PPG IELA)**

**DECRETANDO A MORTE: UM ESTUDO DE CASO DO PROTOCOLO DE MORTE
ENCEFÁLICA**

IANA CARLA COUTO

Foz do Iguaçu
2016



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
INTERDISCIPLINAR EM ESTUDOS LATINO-
AMERICANOS (PPG IELA)**

**DECRETANDO A MORTE: UM ESTUDO DE CASO DO PROTOCOLO DE MORTE
ENCEFÁLICA**

IANA CARLA COUTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Estudos Latino-Americanos da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de mestra em Estudos Latino-Americanos.

Orientador: Prof. Dr. Antonio de la Peña Garcia

Foz do Iguaçu
2016

IANA CARLA COUTO

**DECRETANDO A MORTE: UM ESTUDO DE CASO DO PROTOCOLO DE MORTE
ENCEFÁLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Estudos Latino-Americanos da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Estudos Latino-Americanos.

BANCA EXAMINADORA

Orientador. Dr. Antonio de la Peña Garcia
UNILA

Prof. Dr. Anaxsuell Fernando da Silva
UNILA

Prof. Dr. Andrea Ciacchi
UNILA

Prof. Dr. Thiago Luis Andrade Barbosa
UNILA

Foz do Iguaçu, 26 de fevereiro de 2016.

Dedico este trabalho à pequena Sofia, pela qual não pude fazer muito enquanto estava viva. Carregarei sempre comigo a sua história e o sentimento de impotência que, às vezes, acomete quem trabalha em um hospital.

AGRADECIMENTO

Como é de costume entre aqueles que creem em uma força maior, agradeço a toda minha Egrégora pelo amparo nesse período. Tanto dos desencarnados, através dos seres de alta luz que me acompanham, quanto dos encarnados que cito agora;

Primeiro, agradeço ao Guga, com quem compartilhei dez anos de convivência e que se tornou meu ex-marido há um ano. Sem ele, eu não teria vindo para Foz do Iguaçu e, conseqüentemente, tentado o mestrado nesse programa. Além disso, o divórcio me proporcionou um amadurecimento incrível;

Agradeço muito a minha família (Pai, Mãe, Ju, Guto e Pablo), que mesmo há muitos quilômetros de distância e diferenças de ideais, sempre se fizeram presentes, me apoiando da melhor forma possível;

Aos meus pais, torno a agradecer, pois foi a eles que recorri quando precisava chorar ou até mesmo de ajuda financeira. Ouvir que, independentemente de qualquer coisa, eu sempre terei o auxílio deles, me fez perceber o quanto eu sou amada;

Meu profundo sentimento de gratidão aos amigos apômetras de Foz do Iguaçu, a quem sempre pude recorrer em busca de harmonia e paz interior e, hoje, posso compartilhar de bons momentos de aprendizado e auxílio ao próximo durante as sessões das quais participo também como apômetra;

Agradeço a dois amigos em especial: Naja Kayanna, que me ajudou a digitar o trabalho, quando o prazo para a qualificação estava apertando e eu me encontrava no período de recém divorciada, morando sozinha e com um braço quebrado;

E Rafael Ferrarezze, que me acompanha desde a graduação e tem sido companhia fiel nesse últimos e solitários dias como moradora em Foz do Iguaçu;

Agradeço também ao Marcelo, que surgiu como o sol no inverno gelado, iluminando e inspirando a minha vida para as novas possibilidades;

Ao meu orientador Antonio, que me ajudou a segurar as pontas nesse processo complexo em que a vida pessoal acabou interferindo nos estudos. Sem a sua intervenção e paciência, com toda certeza, eu não teria concluído os estudos;

Para finalizar, agradeço imensamente a toda a equipe da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos, que me acolheu carinhosamente para a

realização do trabalho de campo e ao Dr. Lincoln, que fez um papel de intermediador excepcional;

Sou grata a todos, pois, esse não é apenas o resultado de um processo de conclusão de curso, é também da transformação da vida de uma mulher que se descobriu.

RESUMO

O presente trabalho é resultado de um estudo de caso desenvolvido com uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos – CIHDOTT, na cidade de Guarapuava, Paraná, no mês de janeiro de 2016. Foram realizadas entrevistas, observações e conversas com os membros da comissão, enquanto os mesmos realizavam o processo com um paciente. Objetiva descrever como é desenvolvido o Protocolo de Morte Encefálica, a partir da perspectiva dos profissionais que fazem o processo que resulta no documento que atesta a morte do indivíduo, mesmo quando o corpo do paciente apresenta sinais de vida. Através disso, busca-se contribuir com estudos relacionados a influências dos avanços tecnológicos na forma com que vivemos e morremos, além de contribuir para os estudos sobre as questões éticas que permeiam a área médica e apresentar os problemas que permeiam o diagnóstico de morte encefálica. O trabalho é dividido em três capítulos: o primeiro deles é dedicado aos aspectos históricos relacionados a morte encefálica. No segundo e terceiro, através das falas dos membros da comissão, é descrito como o protocolo é desenvolvido e quais as dificuldades que permeiam o processo. Optou-se por uma metodologia qualitativa para o desenvolvimento dessa pesquisa, compreendendo que esse método oferece um diferencial nas pesquisas realizadas sobre a temática. Como resultado foi possível verificar que o processo de decretar a morte encefálica é de difícil realização. Os profissionais, que atendem uma necessidade imposta pelo capitalismo, onde é atribuída a eles a função de tornar pessoas doentes novamente produtivas, sofrem a pressão pela realização de atividades como a do protocolo de morte encefálica. Nesse processo que vai determinar a morte de alguém cuja funções vitais são mantidas em funcionamento faz com que o paciente assuma a condição de cadáver vivo, cuja a finalidade é a sua fragmentação, para doação de órgãos. Garantindo assim, a possibilidade de outras pessoas se tornarem produtivas beneficiadas pelos seus órgãos que foram retirados.

Palavras-chave: Protocolo de morte encefálica. Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos. Doação de órgãos. Cadáver vivo. Estudo de caso.

ABSTRACT

This work is the result of a case study developed with a Hospital-Commission on Organ and Tissue Donation - CIHDOTT, in Guarapuava, Paraná, in January 2016. Interviews were conducted in observations and conversations with members the commission while they performed the procedure with a patient. Aims to describe how developed the Brain Death Protocol, from the perspective of the professionals that make the process that results in the document that certifies the death of the individual, even when the body of the patient shows signs of life. Through this, we seek to contribute to studies related to the influence of technological advances in the way we live and die, and contribute to the study of the ethical issues that permeate the medical field and present the problems that pervade the diagnosis of brain death. The work is divided into three chapters: the first one is dedicated to the historical aspects related to brain death. In the second and third, through the speeches of the members of the committee, is described as the protocol is developed and what difficulties that permeate the process. We chose a qualitative methodology for the development of this research, understanding that this method provides a differential in research conducted on the subject. As a result we found that the process of declaring brain death is difficult to perform. The professionals who serve a necessity imposed by capitalism, which them is attributed to give function over again to become productive sick people are under pressure by carrying out activities such as the brain death protocol. In the process that will determine someone's death whose vital functions are kept in operation causes the patient to assume the condition of the living body, whose purpose is its fragmentation, for organ donation. Thus ensuring the possibility of others becomes productive benefits for their organs that were removed.

Key words: brain death protocol. intra-hospital Committee Donation of Organs and Tissues. Organ donation. Live Corpse. Case stud

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 METODOLOGIA.....	16
CAPÍTULO 1 - UM MORTO QUE RESPIRA: AS TRANSFORMAÇÕES TECNOLÓGICAS E SUAS INFLUÊNCIAS NA MORTE	19
CAPÍTULO 2 – NO CAMINHO DA MORTE: O PERCURSO QUE CULMINA NA MORTE ENCEFÁLICA	27
4.1 DE VÍTIMA À PACIENTE.....	28
4.2 O TRABALHO TÉCNICO	31
CAPÍTULO 3 – A MORTE É PROBLEMA PARA QUEM VIVE: FRUSTAÇÕES E DIFICULDADES DO TRABALHO COM O PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA	46
5.1 NÃO ESTÁ MORTO, O CORAÇÃO BATE! AS DIFICULDADES EM TRABALHAR COM A FAMÍLIA	47
5.2 TÃO JOVEM, TÃO PEQUENO... A DIFÍCIL TAREFA DE DIAGNOSTICAR A MORTE ENCEFÁLICA DE UMA CRIANÇA	54
5.3 NÃO DEPENDE DE NÓS! AS INFLUÊNCIAS EXTERNAS QUE DIFICULTAM O PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA	56
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
7. REFERÊNCIAS.....	69

1 INTRODUÇÃO

A morte encefálica (M.E) é aquela que comumente é descrita como “morte cerebral”. Não se trata de uma morte em que, necessariamente, o corpo para de funcionar. Ao contrário disso, essa forma de morte é intrigante justamente por ocorrer em alguém cujo o coração ainda bate, o corpo ainda está quente. Podem haver espasmos, o que faz com que o corpo se mexa. Também é possível ver o peito se inflar e esvaziar de ar, em uma respiração marcada pela presença de um tubo que conduz ar de uma máquina.

A presença da máquina de respiração artificial já indica que tudo isso ocorre em um ambiente hospitalar. Mais precisamente, em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Um espaço gelado, com luz baixa, marcado pela presença de profissionais bem agasalhados e de jaleco branco, pouca conversa e muita movimentação. Outra marca interessante de uma UTI são os sons das máquinas emitindo bipes e pacientes nus, cobertos conforme a necessidade de temperatura para o tratamento de sua enfermidade. Esses pacientes têm em comum a palidez que costuma estar presente em caso de doenças graves.

A UTI oferece um suporte de tratamento que é capaz de manter em funcionamento um corpo sem vida, como descrito acima. Inserido no campo de trabalho com pacientes de UTI, em casos onde se instala o “Protocolo de Morte Encefálica”, é que se apresenta a atual pesquisa, que é resultado do estudo realizado sobre esse protocolo, que ocorre em hospitais com pacientes graves de UTI, em particular, com aqueles pacientes cuja a enfermidade acometeu o cérebro, que por sua vez, veio à falência.

A primeira definição de morte encefálica surgiu na década de 1960. Ylmar Corrêa Neto (2009, p.02) nos traz, em termos médicos, a definição dela como a “ausência de respiração espontânea por 30 minutos, ausência de reflexos tendíneos de qualquer natureza, ausência de reflexos pupilares, ausência de reflexo óculo-cardíaco e 30 minutos de eletroencefalograma (EEG) isoelétrico”. Isso pode ser traduzido como a ausência de atividade cerebral, o que culmina na impossibilidade de respiração ou qualquer outra função fisiológica que exercemos de forma espontânea.

Um paciente em morte encefálica não tem qualquer possibilidade de reversão, sua manutenção gera um alto custo, exige muito cuidado e, sem a intervenção artificial, esse corpo para de funcionar. Margaret Lock (2002) define esse ser como

“cadáver vivo”. Um paciente que, mesmo declarado morto, tem seu corpo mantido em funcionamento para a doação de órgãos.

O diagnóstico de morte encefálica é uma questão tão complexa que não há entre os profissionais, que são responsáveis por sua análise e conclusão, um consenso sobre sua determinação como morte (LOCK, 2002). Dessa forma, também não há um ponto final para as discussões, que na verdade são uma necessidade e exigem certa urgência.

Nesse sentido, é responsabilidade daqueles que se envolvem nesse processo, os profissionais da área da saúde, a decisão de deixar de investir no paciente. O que pode não ser uma tarefa fácil, mesmo porque toda a aparelhagem e medicamentos que são utilizados para o paciente, a princípio, têm a finalidade de tratamento e não de manutenção de um cadáver.

Mais precisamente, a intervenção para o diagnóstico de morte encefálica se dá pelas Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTTs). Cada hospital possui uma comissão multidisciplinar, que é responsável pelo processo de Protocolo de Morte Encefálica. Nesta comissão, atuam profissionais de diferentes áreas: Médicos, enfermeiros, psicólogos, auxiliares de enfermagem e assistentes sociais. Compete a essas pessoas executar o processo denominado “Protocolo de Morte Encefálica”.

Também são essas equipes as responsáveis por convencer a família do paciente morto a realizar a doação de seus órgãos. Assim, elas passam a ser responsáveis por “decretar a morte”, a partir do momento em que, através do Protocolo de Morte Encefálica, determinam que o paciente não tem mais condições de viver.

Para demonstrar a dificuldade relacionada ao diagnóstico de morte encefálica, Macedo (2008) faz uma comparação a um “nocaute técnico”, conforme ocorre em uma luta de boxe. Diferente do nocaute convencional – em que o adversário não consegue mais ficar em pé –, no nocaute técnico, compete ao juiz o papel de decidir se as condições da luta continuar, sem que para isso, necessariamente, tenha ocorrido uma desistência.

Temos então, profissionais que trabalham como juízes, decidindo se o paciente poderá ou não continuar vivendo. Uma vez que se for decretada a morte encefálica o fim do processo culminará na doação de órgãos. Havendo sempre urgência em alguns casos e filas de espera para receber um órgão, pode-se dizer que esses profissionais intervêm para manter a vida em meio à necessidade de decretar a morte.

O processo que culmina no diagnóstico de morte encefálica, conhecido como “Protocolo de Morte Encefálica”, motivou esse estudo devido à aproximação com ele, através da atuação profissional enquanto assistente social em dois hospitais, sendo um deles o hospital onde o estudo foi realizado.

Foram realizadas entrevistas com membros de uma dessas comissões, presente na cidade de Guarapuava, uma cidade brasileira localizada no interior do estado do Paraná. O processo ocorreu em um hospital de caridade, o maior da cidade, com atendimento de 90% de sua capacidade total voltados para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), que criado em 1988, através da Constituição Federal Brasileira, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, realizando atendimentos simples em ambulatorios, até os casos de doação de órgãos¹.

A realização desse estudo em Guarapuava exemplifica uma política de saúde pública global de doação de órgãos, possibilitando apresentar questões referentes as dificuldades da realização de um processo complexo, em uma cidade com infraestrutura reduzida, como o caso do aeroporto pequeno e outras questões que são apresentadas ao longo do trabalho.

O objetivo geral desse trabalho é descrever como o Protocolo de Morte Encefálica é desenvolvido, para compreender como a cultura médica atual organiza e declara a morte seguindo a perspectiva de Kaufman e Morgan (2005). É importante ressaltar que, no contexto desse trabalho, cultura médica é entendida como todas atividades realizadas por profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares, psicólogos, entre outros) dentro e fora de hospitais, que seguem protocolos/procedimentos pré-estabelecidos de ações para controle ou cura de patologias.

O protocolo de morte encefálica, que é realizado diariamente em hospitais, é o processo precursor da doação de órgãos. Trata-se de uma questão controversa, pela forma com que ocorre, sendo um exemplo claro de como as transformações tecnológicas influenciam na forma com que vivemos e, mais especificamente, como morremos nos dias atuais.

Sendo assim, temos como objetivos específicos contribuir com estudos relacionados as influências dos avanços tecnológicos na forma com que vivemos e morremos. Além disso, através do material exposto nesse trabalho é possível contribuir para as discussões relacionadas as políticas públicas de saúde, que envolvem a

¹ Conforme informações divulgadas no site oficial do programa. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>. Acesso em 02 de fev. 2016.

intervenção médica, e apresentar dados qualitativos sobre essa temática pouco explorada no Brasil.

No decorrer do primeiro capítulo, é apresentado um levantamento histórico que elucida como, ao longo do tempo, ocorreram transformações que culminaram nessa nova forma de morte – a morte encefálica –, o que é imprescindível para compreender as questões peculiares da temática, que fazem com que ela seja tão singular.

No segundo capítulo, é apresentada uma descrição detalhada do processo que regulamenta esse diagnóstico, expondo as estruturas e a organização do que permeiam as ações que envolvem o protocolo de morte encefálica. Nesse processo, são utilizadas as falas dos membros da CIHDOTT, que explicam o procedimento a partir do momento em que o paciente entra no hospital. Isso possibilita compreender o funcionamento do processo de doação de órgãos no Brasil – que ocorre exclusivamente pelo SUS –, além de possibilitar a compreensão da cultura médica em ambiente hospitalar em seu processo de definição de vida e morte.

Também é apresentado uma discussão para compreender como o trabalho desses profissionais é desenvolvido de acordo com a lógica do lucro que assemelha a ideologia do mercado capitalista, embasado na discussão de Foucault (2009) e autores que desenvolveram trabalhos sobre a cultura médica no Brasil.

Finalizando o trabalho, no terceiro capítulo são apresentadas as dificuldades e frustrações que se fazem presentes no cotidiano de quem trabalha com o Protocolo de Morte Encefálica. A confecção do terceiro capítulo dessa dissertação se justifica pelo fato das dificuldades e frustrações serem resultantes da execução do protocolo, sendo informações relevantes para compreender como ele é desenvolvido e para cumprir o objetivo da pesquisa.

2 METODOLOGIA

Conforme citado na introdução desse trabalho, a motivação para o estudo é devido a aproximação da pesquisadora com o protocolo de morte encefálica durante a atuação profissional em um hospital. Nesse processo, foi verificado o quanto é complexo e por vezes, controverso, desenvolver o procedimento que declara morto um paciente que ainda tem sinais vitais. Ocorre um choque entre o que vemos – um corpo com vida – e o que os exames apontam – um cérebro sem atividade.

A princípio, buscou-se desenvolver a pesquisa em um hospital na cidade de Foz do Iguaçu, já que, em termos proporcionais, essa é a região de maior arrecadação de órgãos para transplantes do estado do Paraná². Esse é um indício de que, nessa região, é o local onde ocorre a maior quantidade de protocolos também. A idéia inicial era acompanhar os protocolos realizados em um dos hospitais, mas a burocracia exigida e o tempo necessário para espera impossibilitou a realização dessa abordagem.

Em um segundo momento, foram realizadas várias tentativas de entrevistar os membros de uma das comissões presentes na cidade, sendo que, até o presente momento, alguns convites ainda não receberam respostas. Em outros casos, os profissionais pediram para que as perguntas a serem respondidas fossem enviados por e-mail, o que descaracterizaria a pesquisa que tem cunho etnográfico.

Com isso, buscou-se uma nova alternativa de realização de pesquisa e pela aproximação, decorrente da atuação profissional anterior da pesquisadora, a possibilidade de realizar a pesquisa em Guarapuava fosse cogitada, o que levou ao primeiro contato, realizado diretamente no hospital.

Na ocasião, o objetivo era buscar mais informações sobre a comissão e sua atuação, para que fosse organizada a abordagem. Porém, ao chegar ao pronto-socorro do hospital e perguntar sobre a presidente da comissão, com pouco tempo de espera, já foi recebido o convite para uma conversa mais íntima naquele mesmo momento, no interior do hospital.

Na sala de reuniões da enfermagem, houve a oportunidade de explicar para a presidente da comissão a proposta de trabalho. Nesse mesmo dia, ficou agendada a realização de uma entrevista com os membros da comissão durante a primeira semana

² Segundo dados divulgados pela Secretaria de saúde do estado do Paraná e COPOTT Cascavel. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CET/Comparativos_Transplantes_JaneiroDezembro_20102015.pdf < Acesso em 02 fev. 2016. >

de janeiro de 2016, com a única condição de que fossem enviadas mais informações sobre o projeto de pesquisa por e-mail – o objetivo era informar os demais membros a respeito da proposta de pesquisa.

Na data marcada, era esperado que fosse realizada uma conversa coletiva com os membros da comissão, para que ocorresse um primeiro contato e facilitasse a realização das entrevistas individuais. Porém, ao chegar ao hospital, foi necessário esperar durante duas horas até que um membro da comissão pudesse dispensar um tempo em prol da pesquisa.

Nesse momento, foi relatado que no dia anterior havia chegado um “possível doador” e havia um protocolo de morte encefálica em andamento. Com isso, não seria possível realizar uma conversa com toda a equipe, sendo necessário falar com cada um deles em diferentes momentos.

Dessa forma, a pesquisa de campo foi realizada durante uma semana em meio a um protocolo sendo executado. Os profissionais se revezavam para desempenhar suas atividades e para participar das entrevistas, o processo se desenvolveu com longos períodos de espera, conversas informais e observações, além das entrevistas com um roteiro de perguntas.

Na ocasião, foram entrevistadas duas enfermeiras, uma médica, duas psicólogas e uma assistente social. Entretanto, aqui serão apresentadas as falas das enfermeiras e da médica, pois a assistente social não fazia parte da comissão e estava apenas auxiliando nas questões burocráticas. A profissional de serviço social responsável pela comissão estava de férias e as psicólogas optaram por responder juntas a entrevista, sendo que, devido ao volume de trabalho, foram rápidas nas respostas. As entrevistas e conversas realizadas com as enfermeiras foram longas e ocorreram mais de uma vez. No caso da médica, o contato foi realizado posteriormente, fora do hospital.

Todos os participantes da pesquisa estavam cientes do processo de observação e entrevistas e concederam a utilização desse material por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE). Conforme acordado, não são utilizados nomes pessoais e nem o nome do hospital.

Para a realização desse trabalho, optou-se por uma aproximação da abordagem etnográfica. Entende-se que essa abordagem, ao fazer com o que o pesquisador observe uma cultura diferente da sua, possibilita que particularidades sejam destacadas (ROCHA; ECKERT, 2008).

Tendo ciência de que um trabalho etnográfico tradicional implica na

exposição prolongada com a comunidade de estudo até que se consiga um entendimento do seu sistema de valores e formas de expressão, esse trabalho utiliza as vozes dos atores sociais envolvidos no processo para explicá-lo, vendo o problema desde uma perspectiva local. Além disso, no período de um ano e meio – durante a atuação profissional da pesquisadora em um hospital de referência de trauma –, foram vivenciados vários protocolos de morte encefálica. Com isso, há uma visão narrativa do problema e conhecimento da cultura institucional e burocrática e sua linguagem e formas de ser e agir.

Foi necessário grande empenho em realizar um levantamento bibliográfico, já que não há uma quantidade expressiva de pesquisas que foram realizadas sobre o assunto no Brasil. Com isso, para o tema de morte encefálica, em específico, são utilizados dois estudos como base: o de Macedo (2008), que realizou um estudo sobre a morte encefálica com médicos de um hospital no estado do Rio Grande do Sul e Lock (2002), que teve a oportunidade de acompanhar a rotina do processo de morte encefálica, desde a chegada dos pacientes, em hospitais no Japão, Canadá e Estados Unidos, apresentando conclusões que forneceram dados relevantes para esse trabalho.

Como resultado do processo de pesquisa de campo, foi obtido um material com uma ampla riqueza de detalhes, que poderia se perder ao ser demasiadamente recortado. Com isso, também estão presentes as falas dos membros da comissão, que relataram experiências interessantes e que contribuíram para a discussão. Dessa forma, apresenta-se em *itálico* as falas dos membros das comissões. Utiliza-se “...” para indicar pausas na fala e [...] para recortes.

CAPÍTULO 1 - UM MORTO QUE RESPIRA: AS TRANSFORMAÇÕES TECNOLÓGICAS E SUAS INFLUÊNCIAS NA MORTE

Morte e Vida Severina

E se somos Severinos iguais em tudo na vida,
 morremos de morte igual,
 mesma morte Severina:
 que é a morte de que se morre de velhice antes
 dos trinta,
 de emboscada antes dos vinte de fome um
 pouco por dia
 (de fraqueza e de doença é que a morte
 Severina ataca em qualquer idade,
 e até gente não nascida).
 (João Cabral de Mello Neto)

Uma pessoa com morte encefálica diagnosticada não é mais considerada viva. Mesmo que seu corpo se mantenha quente e sua respiração continue ocorrendo, ele só está em funcionamento devido a intervenção médica. Não há mais possibilidade para essa pessoa, ela é considerada morta. “É a constatação irremediável e irreversível da lesão nervosa e significa morte clínica, legal e social” (PARANÁ, 2014, p.05).

Por isso, além de ser complicada por esta questão, é também uma “morte Severina³”, pois ela é um tipo de morte abrupta, que ocorre por consequência de um acidente. No caso de pessoas mais velhas, geralmente está relacionado à consequência de AVC, mas em relação aos jovens, essa forma de morte advém prerrogativamente de acidentes de trânsito ou com arma de fogo, interrompendo a vida de pessoas muito jovens, em sua maioria, do sexo masculino (MACEDO, 2008).

Séculos atrás, antes que os avanços tecnológicos influenciassem na vida e na morte, pessoas que viessem a sofrer um acidente de tal gravidade, que provocasse a interrupção da atividade cerebral, estariam condenados a morte. Porém, não haveria uma questão que fomentasse tantas indagações a respeito dessa forma de morrer, muito menos poderiam ser considerados a solução para doentes em uma fila de transplante.

Vida e morte, pensados e vividos em suas conexões com as máquinas do início século XXI, tornam ambíguas as diferenças entre aquilo que se autocria (por exemplo, o humano) e aquilo que é externamente criado (por exemplo, esse mesmo humano com um coração doado por outro humano). Em tempos atuais,

³ Em alusão ao trecho de Morte e Vida Severina, de João Cabral de Mello Neto, disponível logo após o título do primeiro capítulo desse trabalho.

parece que “pesa” mais ainda o que pode, afinal, significar a morte quando se trata de produzir sentidos sobre o que, afinal, é viver. (VARGAS; RAMOS, 2006, p.138).

Vivemos em tempos em que o conceito de morte precisou ser reavaliado, sendo descrita atualmente como:

A definição de morte mais aceita, em termos médicos, é o término das funções vitais, considerando que é difícil precisar o exato momento da sua ocorrência por não constituir um fato instantâneo, mas sim, uma sequência de fenômenos gradativamente processados nos vários órgãos e sistema de manutenção da vida. Com o tempo, passou-se a acreditar que a morte não estava relacionada apenas com a cessação da respiração e com a assistolia⁴, mas também com a perda das funções do tronco e do córtex cerebral. (PARANÁ, 2014, p.05)

Temos então, uma morte que não está associada à ausência de batimentos cardíacos e falta de respiração, mas sim pela falta de atividade cerebral, o que só é possível ser diagnosticado nos dias atuais.

Para elucidar o problema da morte e do morrer na atualidade, utilizamos uma informação recente: o projeto do primeiro transplante de cabeça, com o prazo de dois anos para a realização, que foi noticiado no dia 27 de fevereiro de 2015⁵. Reconhecida a ousadia e improbabilidade de sucesso no procedimento, há de se considerar que é o primeiro passo para que o transplante de cabeça seja avaliado como uma alternativa de intervenção médica em um futuro não tão distante. Possibilidade que se intensifica ao ser noticiado, no mês de junho do mesmo ano, o primeiro transplante de crânio e couro cabeludo, que foi realizado com sucesso nos Estados Unidos. Na reportagem, é possível ver uma foto do feliz paciente que foi beneficiado com o transplante⁶.

Tais fatos pertencem ao universo de pesquisa objeto desse estudo e elucidam o dinamismo e atualidade da discussão, que faz parte do cotidiano do viver e morrer no século XXI, em que a questão da morte permanece um tabu. Para elucidar tal questão, cita-se Norbert Elias, que nos traz uma visão da morte nos dias atuais:

⁴ Assistolia (do grego *a* = não; *sístole* = contração) é a ausência de sístoles e, conseqüentemente, de batidas cardíacas. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/sinais.-sintomas-e-doencas/573907/como-e-a-assistolia-tem-jeito-de-prevenir.htm>>. Acesso em 22 jan. 2016.

⁵ Cientista prevê o primeiro transplante de cabeça em dois anos. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2015/02/cientista-preve-transplante-de-cabeca-em-dois-anos.html>> Acesso em 15/06/2015

⁶ O primeiro transplante de crânio e couro cabeludo é feito no Texas. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/06/primeiro-transplante-de-cranio-e-couro-cabeludo-e-feito-no-texas.html>>. Acesso em 17/06/2015

O problema social da morte é especialmente difícil de resolver por que os vivos acham difícil identificar-se com os moribundos. A morte é um problema dos vivos. Os mortos não têm problemas. Entre as muitas criaturas que morrem na Terra, a morte constitui um problema só para os seres humanos. Embora compartilhem o nascimento, a juventude, a maturidade, a velhice e a morte com os animais, apenas eles, dentre todos os vivos, sabem que morrerão (ELIAS, 1982, p. 09-10).

Vida e morte são questões indissociáveis que intrigam e permeiam as transformações sociais e culturais, bem como os avanços tecnológicos. Pois, ao nos depararmos com a morte encontramos um grande problema: morrer representa na sociedade de hoje o fato de deixar de existir. “A morte não se refere apenas ao envelhecimento contínuo, à transitoriedade, ao declínio inexorável de todas as forças vivas” (GIACOIA JUNIOR, 2009, p.14).

Para chegarmos a definição de morte que temos hoje, ocorreu na época clássica uma grande transformação nas formas de poder sobre a vida e a morte. Antes desse período, o direito à vida e à morte estavam associados à defesa de um soberano. Um senhor, que poderia tirar a vida de seus filhos e escravo, já que era ele quem havia concedido ela (FOUCAULT, 2009).

Com essa transformação, sai do cenário o soberano – que detêm o poder sobre a vida e a morte que concebeu –, para um processo onde o corpo social busca garantir a sua vida própria, mantendo-a e protegendo-a. O poder é exercido positivamente sobre a vida, que irá empreender a sua gestão (FOUCAULT, 2009).

A morte sofre um processo de desqualificação e, como consequência, temos desenvolvido uma cultura que visa a prolongação da vida mediante processos interventivos resultantes do domínio de tecnologias cada vez mais refinadas e sua conexão inexorável com a medicina. O desejo pela longevidade é algo presente no cotidiano, o que, com toda certeza, é positivo ao pensarmos que a velhice pode ser vivida hoje com mais saúde, mas também demonstra a fragilidade que a morte causa em nosso cotidiano. Philippe Aries (1977), em sua obra “O Homem perante a morte”, realiza um levantamento histórico da morte, demonstrando o quanto as questões religiosas e, conseqüentemente, culturais afetaram, ao longo dos séculos, o processo de viver, morrer e conceber a morte e a fragilidade com que encaramos isso na atualidade.

Segundo o autor, a nossa atitude diante da morte, que sofreu uma transformação ao longo dos séculos, distanciou-se da familiaridade e atitude diminutiva diante da sua existência, onde era muito familiar, passando a ser vivenciada com muito

medo, o que nos faz incapaz de pronunciar o seu nome, bem como compreendê-la ou conceber sua inevitável existência (ARIES, 1977).

No caso da morte encefálica, a questão mais instigante presente é o fato de que essa nova forma de morte só passou a existir a partir do momento em que se dominou a técnica de transplante de órgãos, havendo necessidade de ter órgãos vivos para a realização desse procedimento.

Dentro desse processo de transformação, ocorreram, ao longo dos séculos, muitos investimentos em tecnologias voltadas para a conservação e manutenção da vida. Chegamos ao ponto em que há hoje nos hospitais uma grande estrutura que possibilita manter a vida artificialmente com o auxílio de drogas potentes – sendo o maior centro de concentração dessa tecnologia a Unidade (ou Centro) de Tratamento (ou Terapia) Intensiva (UTI /CTI).

O contexto hospitalar onde o tecnicismo é levado ao máximo é o Centro de Tratamento Intensivo (CTI), que isola o paciente e o coloca em uma situação fria, impessoal, completamente mecanizada e desumanizada. Atrás deste avanço tecnológico - que permite prolongar exaustivamente e mesmo, muitas vezes, indevidamente a vida - esconde-se uma outra falácia, a de considerar como verdadeira a afirmação de que mesmo quando a morte é inevitável ninguém deseja morrer (TORRES; GUEDES, 1984, p.104).

Ninguém deseja morrer, pois, além da nossa individualidade, há uma vida social, que é certa para todos nós que vivemos, amamos, odiamos, acreditamos, sentimos. Isso nos torna parte de uma sociedade, que ao perceber o fim da nossa interação – justificada pela morte –, reconhece esse como também sendo um caminho que será seguido. E, talvez, pelo desejo de não morrer, acabamos vivenciando a morte não como um fim, mas como uma passagem na qual adquirimos um novo status social, através das cerimônias fúnebres, onde somos conduzidos de um lado para outro, de vivo para morto (GIACOIA JUNIOR, 2009).

Dessa forma observamos que, mesmo com toda a mudança relacionada aos avanços tecnológicos e suas influências nos tratamentos de saúde, além do processo de cientificidade – que tende a afastar crenças e dados científicos –, a morte é ainda seguida de ritos e significados, como o fim do status de vivo.

Isso pode justificar o interesse de várias áreas do conhecimento em estudar mais sobre a temática da morte. Essa questão é abordada por Kaufman e Morgan, (2005) em estudo realizado com mais de 200 artigos produzidos a partir de 1990. Foi verificado por eles que não é novo o interesse da antropologia por questões

relacionadas ao nascimento e a morte. Conclui-se nesse estudo que as concepções sociais, que permeiam essas categorias, estão relacionadas a aspectos culturais e históricos, sofrendo variações de um local para outro. E em relação à morte encefálica, bem como no caso de um feto e pacientes terminais, permanecem em um espaço de tempo indeterminado, algo provisório, até que possam ser considerados vivos ou mortos.

Os pacientes em morte encefálica só irão adquirir o status definitivo de morto ao término de procedimento de retirada dos órgãos – caso a família aceitar realizar a doação –, ou então, quando o processo de manutenção da atividade do seu corpo cessar e o aparelho de respiração artificial for desligado.

Lock, (2002) identificou posturas diferentes de encarar o processo de morte encefálica entre a cultura ocidental e a cultura oriental, sendo mais complexa a vivência desse processo entre os povos ocidentais, que possuem maior dificuldade em aceitar a situação.

Em sua obra, a autora também traz um apontamento para o marco da mudança do processo de morte através dos avanços tecnológicos, já que o processo de manutenção de um corpo de um paciente em morte encefálica só é possível por meio da respiração artificial. O ventilador mecânico, inventado na década de 1940, tornou possível que pacientes que perdem sua capacidade de respiração voluntária possam continuar respirando através dele (LOCK, 2002).

É nesse momento que a morte passa por uma transformação. Antes disso, não havia a possibilidade de vida quando alguém não tivesse condições de respirar sozinho, a falta de respiração evoluía para uma parada cardíaca e a morte ocorria quando findavam os batimentos do coração.

Através da ajuda da respiração artificial, mesmo pessoas com quadro irreversíveis – sem qualquer possibilidade de acordar e ter uma vida normal, devido à falta de atividade cerebral –, podem viver por longos períodos dentro de um setor de UTI, até que seu coração pare de bater e o paciente seja declarado morto (MACEDO, 2008). Esse aparelho revolucionou o procedimento de tratamento médico, tornando-se o grande responsável por muitas das mudanças no processo de viver e morrer. Em relação à vida, ele pode mantê-la, mesmo que seja com limitações. Na morte, ele oferece a manutenção de um corpo.

Os longos internamentos e a falta de melhorias no quadro clínico motivaram, ao longo dos anos, uma análise do que realmente significava morte, vindo a modificar a definição do que até então era considerado “coma depressê” (CORRÊA NETO,

2010), sendo que a década de 1960 foi revolucionária no processo de definição do que hoje temos como morte encefálica, conforme apresentado a seguir:

- Em 1963, surge nos Estados Unidos a primeira definição do que seria morte encefálica (CORRÊA NETO, 2010);
- No ano de 1967, foi realizado o primeiro transplante de coração entre humanos, sendo descrito o doador como um paciente “descerebrado” (SILVA, 2008);
- Em 1968, apenas um ano após o primeiro transplante, uma comissão norte-americana, que havia sido criada com a finalidade de definir o que seria morte encefálica, publica os critérios para o seu diagnóstico (CORRÊA NETO, 2010).

Como observado acima, a definição de morte encefálica vai de encontro com o domínio da técnica de transplante de órgãos. Foram necessários apenas cinco anos para que fosse instituída essa nova e polêmica morte, o que acaba trazendo à reflexão a sua finalidade e toda sua representatividade, surgindo à possibilidade de observações controversas e polêmicas.

Assim, alguns integrantes da comunidade médica fizeram as contas: coma irreversível somado ao uso do ventilador mecânico resulta em possibilidade de transplantes de órgãos de boa qualidade e na desocupação de leitos hospitalares que poderiam estar sendo usufruídos por pessoas “reversíveis.” (MACEDO, 2008, p. 14).

Percebemos, nas palavras da autora supracitada, quão intrigantes podem ser as análises sobre o Protocolo de Morte Encefálica, que possibilita realizar sérios questionamentos a respeito do processo e sua finalidade, o que demonstra a urgência de estudos e discussões que pertençam a esse universo de pesquisa.

Hoje, o diagnóstico de morte encefálica é justificado pelos seguintes argumentos: Conhecer a real situação do paciente (vivo ou morto); passar informações seguras para os familiares acerca do seu parente; evitar terapia Inútil (tratar cadáver); reduzir custos e otimizar leitos de Terapia Intensiva; oferecer à família a opção de ajudar outras pessoas por meio da doação de órgãos e tecidos (PARANÁ, 2014, p. 06).

Observa-se que a questão de custos e benefícios, apontadas por Macedo, (2008), são argumentos utilizados para justificar o diagnóstico de morte encefálica. É inegável a contribuição desse paciente para a doação de órgãos, mas o fato de seus órgãos serem retirados de seu corpo, que é mantido em funcionamento apenas com essa

finalidade, não pode deixar de ser abordada.

A partir do momento em que se insere no sistema de tratamento médico, esse paciente tem sua identidade negada. Além disso, ele estará sujeito aos protocolos e procedimentos sem a possibilidade de escolha – devido ao quadro clínico que impede a comunicação com sua família, que não terá opções e deverá acompanhar o trâmite hospitalar. Ao final do processo, será declarado morto e haverá apenas duas opções: a família opta pela doação de seus órgãos, que, em uma análise literal, significa permitir a retirada de parte do corpo de seu ente para que outras pessoas possam usufruir ou, como segunda opção, ela nega a doação e os aparelhos que mantinham o corpo do paciente em atividade serão desligados. Quando ocorre a segunda opção, há um entendimento de que esse paciente não é mais produtivo, não há prognóstico de melhora, tornando-o sem utilidade para a sociedade.

Ao trabalhar, os homens produzem as necessidades vitais que devem alimentar o processo vital do corpo humano. E uma vez que este processo vital, embora nos conduza do nascimento até a morte em uma progressão retilínea de declínio, é em si mesmo circular, a própria atividade do trabalho tem de seguir o ciclo da vida, o movimento circular de nossas funções corporais, o que significa que a atividade do trabalho nunca chega a um fim enquanto durar a vida: ela é infinitamente repetitiva (ARENDR, 2005, p. 180).

Na citação de Arendt, observa-se que o trabalho e vida têm uma ligação inexorável e, por mais simples que essa afirmação possa parecer, na medida da sua constatação óbvia ela serve para observar o processo de mercantilização do trabalho, e no caso da morte encefálica, do corpo. Pois, o paciente, mesmo com funções vitais, não é considerado vivo por conta da sua incapacidade de se inserir nos processos de trabalho. Mas isso não faz dele um ser inútil, pelo contrário, sua fragmentação será muito útil, tornando-o uma mercadoria valiosa, que adquire o status de “cadáver vivo”.

Ao analisarmos o termo criado por Lock, (2002) – cadáver vivo –, é possível ponderar que, realmente, ele não é nem morto e nem vivo, transita entre a morte e a vida de acordo com o que convém ao sistema capitalista. Sendo vivo, na medida em que mantém seus órgãos frescos, e morto, por não ter qualquer possibilidade de se tornar produtivo novamente (ZIEGLER, 1977).

Se ignorarmos o fato de ser uma situação complexa diagnosticar como morto alguém que tem o corpo mantido em funcionamento pensando na doação de órgãos – mantendo a mesma linha de raciocínio, observada por Macedo, (2008) na abordagem com médicos, onde os fins (doação de órgãos), justificam os meios (cadáver

vivo) –, não possibilitamos o reconhecimento da necessidade de se pensar em outras alternativas menos questionáveis.

Imersos em um sistema de interesses, profissionais da saúde ou pacientes não refletem a respeito do processo no qual estão inseridos. Isso porque, o ambiente hospitalar é marcado pela urgência da sobrevivência. Sendo assim, o foco será a busca da cura das doenças ou oferecer aquilo que é repassado para eles, os médicos – através das normativas de trabalho e políticas públicas de saúde –, como a melhor possibilidade de trabalho. No caso da morte encefálica, já que o paciente morreu, busca-se uma forma de compensar essa perda.

Mas, apontar a necessidade e utilidade gerada pelo sistema capitalista em relação ao paciente em protocolo de morte encefálica, bem como compreender todo o processo histórico que permeia a possibilidade de existência dessa forma de morte, é o passo inicial para um aprofundamento em relação as problemáticas presentes na execução do protocolo, vendo o trabalho executado pelos profissionais com a manutenção do interesse capitalista, em que médicos, enfermeiros e outros profissionais são levados a trabalhar em meio a esse processo.

Tudo isso se inicia a partir do momento em que uma pessoa se torna vítima de um acidente e, posteriormente, paciente, que estará sujeito aos processos. A seguir, no segundo capítulo, será apresentado esse trajeto e a problemática da execução do protocolo, que atende as necessidades capitalistas e mantém os trabalhadores da área médica em consonância com as suas estratégias.

CAPÍTULO 2 – NO CAMINHO DA MORTE: O PERCURSO QUE CULMINA NA MORTE ENCEFÁLICA

Morte e Vida Severina

A quem estais carregando,
irmãos das almas,
embrulhado nessa rede?
Dizei que eu saiba.
A um defunto de nada,
irmão das almas,
que há muitas horas
viaja à sua morada.
(João Cabral de Mello Neto)

Para compreender o caminho que o paciente percorre até que seja diagnosticada a morte encefálica, é importante apresentar um exemplo. Assim, expomos um detalhamento do protocolo que estava em andamento durante a realização da pesquisa, conforme mencionado na introdução desse trabalho.

Cada hospital possui uma comissão multidisciplinar, que é responsável pelo processo de Protocolo de Morte Encefálica dentro do hospital, conhecidas como Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Nesta comissão, atuam profissionais de diferentes áreas: médicos, enfermeiros, psicólogos, auxiliares de enfermagem e assistentes sociais.

O Protocolo de Morte Encefálica era de um homem de quarenta e cinco anos, que havia sido encontrado em coma. Seu diagnóstico era de Acidente Vascular Cerebral (AVC). O protocolo foi aberto no início da semana, mas enfrentava algumas dificuldades. A primeira delas era relacionada aos exames, um equipamento do hospital, necessário para o diagnóstico, estava estragado, o que fez com que um profissional de Ponta Grossa-PR, se deslocasse até lá para realizar um exame com paciente no setor da UTI. Era necessário utilizar um equipamento e ter um especialista, o que não havia disponível em Guarapuava.

Também havia uma tensão gerada pelo fato do paciente, que era irreversível, ainda apresentar algumas reações em outros exames. Isso gerava expectativa da família e angústia na equipe, já que, conforme foi explicado pela médica, era só uma questão de tempo para que o cérebro parasse completamente. Não havia o que fazer para reverter a situação, apenas esperar.

E a última questão era a aceitação familiar. Durante a abordagem da equipe, foi percebido que havia muita resistência por parte dos mesmos. Um irmão do paciente, ao ouvir sobre quadro clínico, relatou que tinha um amigo que havia passado por um internamento na UTI, em que o médico havia informado para a família que ele não iria sobreviver ou que, se sobrevivesse, teria sérios comprometimentos, como por exemplo, a necessidade de utilizar cadeira de rodas. Segundo ele, o amigo sobreviveu sem sequelas.

Esse fato estava preocupando a comissão, já que não havia chance do paciente deixar a UTI com vida. Havia entre os membros uma tensão, por discordarem, entre eles, com a abordagem que estava sendo realizada com a família do paciente.

Até o final da pesquisa de campo, o protocolo desse paciente ainda não havia sido encerrado. Esse paciente – que ainda estava “viajando à sua morada⁷” –, durante a pesquisa, iniciou sua jornada mesmo antes de dar entrada no hospital, aqui refazemos o seu percurso e apresentamos os possíveis fins para a história desse paciente.

4.1 DE VÍTIMA À PACIENTE

Como o paciente foi encontrado desacordado, é provável que os primeiros socorros tenham sido realizados pelo Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que é especializado em atendimento de pessoas com problemas clínicos – dores, desmaios, falta de ar, crises psicóticas, intoxicações, entre outros. Porém, se ele fosse uma vítima de algum acidente, o atendimento seria realizado pelo Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE)⁸.

SAMU e SIATE prestam serviços distintos. Os profissionais que atendem no SIATE são bombeiros; a ambulância e o treinamento são voltados para retirada de pessoas presas em ferragens ou em outras situações que exigem da equipe de atendimento esse treinamento especializado⁹. Os dois possuem um sistema de atendimento próprio, com telefones e central de regulamentação distintas.

Isso quer dizer que, quando alguém liga para o SAMU, por exemplo, irá

⁷ Em alusão ao trecho de Morte e Vida Severina, de João Cabral de Mello Neto, disponível logo após o título do segundo capítulo desse trabalho.

⁸ “Qual a Diferença entre SAMU e SIATE? Quando ligar para um ou para o outro?” Disponível em: <<http://www.sjp.pr.gov.br/qual-diferenca-entre-samu-e-siate-quando-ligar-para-um-ou-para-outro/>>. Acesso em 20 de jan. 2016

⁹ Idem ao 6.

responder algumas questões feitas pelo atendente para saber qual a necessidade de atendimento. Após isso, dependendo da gravidade, receberá instruções – possivelmente de um médico – para os primeiros socorros até que uma equipe chegue ao local¹⁰.

Quando a equipe de atendimento chega ao paciente, fará uma avaliação e os primeiros socorros. Essa avaliação será repassada para uma central, que buscará o local adequado, de acordo com a gravidade do problema, para encaminhar o paciente.

Isso é possível, porque o SUS divide os locais de atendimento por especialidade e gravidade. Por exemplo, uma pessoa diagnosticada com câncer passa a ser atendida em determinado hospital, que é referência nesse tipo de tratamento. Já uma mulher em trabalho de parto será encaminhada para o hospital de referência em maternidade. Ocorre que, em alguns casos, os hospitais possuem uma porcentagem para leitos particulares, para convênios e também prestam atendimento SUS. Quando isso acontece, é possível que sejam concentradas atividades diferentes na mesma instituição, como é o caso do hospital onde foi realizada a pesquisa. Porém, para atendimento SUS são determinadas especialidades que recebem atendimento.

Todo hospital precisa ter um setor destinado ao controle das vagas, que alimenta um sistema a nível estadual – a Central de Regulação de Leitos do Estado do Paraná¹¹. Assim, quando os socorristas do SAMU repassaram o quadro clínico do paciente para o médico na sede do SAMU, ele verificou a disponibilidade de vagas, de acordo com a gravidade do problema do paciente que estava inconsciente, e encaminhou o mesmo para o hospital em que a pesquisa foi realizada. Chegando lá, o paciente passou pelos primeiros atendimentos no setor de Pronto Atendimento (P.A).

A partir do momento em que o paciente entra no hospital, é aberto um prontuário médico e são feitas as primeiras avaliações. Desse momento em diante, ele passará a ser atendido de acordo com os protocolos médicos, como o de morte encefálica. O paciente deixará de lado suas roupas e qualquer outro pertence pessoal de apresso, submetendo-se a todas as regras impostas pelo hospital, no qual será alojado em uma cama com um número ao qual é atribuída a nomenclatura leito. Totalmente desprovido de sua individualidade, o paciente passará a representar esse número – leito 01, leito 02 e assim por diante. Tudo isso manterá o paciente submisso aos

¹⁰ “Serviços do SAMU – 192”. Disponível em: <<http://samu192.com.br/index.php?i=1>>. Acesso em 20 de jan. 2016.

¹¹ Governo do estado do Paraná. Secretaria de Saúde; Sistema Estadual de Regulação de Leitos. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2938>>. Acesso em 21 de jan. 2016.

procedimentos hospitalares. Então, o paciente passará a ser distinguido pelos profissionais como paciente do leito 08, por exemplo (TORRES; GUEDES, 1984).

Observa-se que a submissão desse paciente às regras determinadas pelo hospital, que controlará até mesmo o acesso de seus familiares ao seu leito, é um claro exemplo da interferência do biopoder nos dias atuais, onde há o “elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pode ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos” (FOUCAULT, 2009, p.132).

O poder ocorre através do controle exercido sobre os corpos e sobre a vida. Os avanços tecnológicos nas áreas de biologia, como o exemplo das vacinas, surgem como uma forma de controle, não pela morte, mas pela possibilidade de prolongação da vida, o que se caracteriza como biopoder (FOUCAULT, 2009).

Em sua análise do poder, Foucault sugere um processo de descentralização do mesmo, não atribuindo ao Estado a sua centralidade, mas, nesse caso, os avanços tecnológicos são utilizados a favor dos interesses do sistema capitalista, que são expressados através de um aparelhamento que ocorre em um sistema de poder, a partir de instituições que mantêm uma ligação social e política entre si, tendo como base no Estado. Isso ocorre no processo de composição do Estado moderno, dentro das novas relações de produção capitalista, que leva a um processo disciplinar político, moldando e disciplinando os indivíduos, influenciando na formação individual e na administração da população (DANNER, 2010).

Isso pode ser observado no manual que determina como será realizado o Protocolo de Morte Encefálica, material de onde foram retiradas algumas informações técnicas presentes nesse estudo. A própria existência de um protocolo a ser seguido apresenta-se como um indicativo da existência de uma “rede de micro-poderes a ele (o Estado) articulados e que atravessam toda a estrutura social” (DANNER, 2010, p.144).

Ocorrendo também, através da intervenção mecanicista praticada pelos profissionais da área médica, que – desde a sua formação profissional – são levados a trabalhar com pessoas de forma fria e distante, com um trato pouco aproximado dos familiares ou do paciente. É buscada a eficiência, que, nesse caso, é traduzido como a cura do paciente, que voltará a ser produtivo para o capital (TORRES; GUEDES, 1984).

Nem todos compactuam da mesma opinião sobre os processos que são necessários cumprir dentro da estrutura hospitalar. Há um conflito entre a opinião pessoal, sobre o que deve ser feito e o que é determinado pelos protocolos e deve ser cumprido. O

profissional acaba buscando meios de combater o sistema, que, através do seu processo de normatizações, não leva em conta as especificidades de cada caso, como um paciente jovem, que sofre um acidente de carro e entra em morte encefálica. Atuar nesses processos é um desafio constante, para, além de tudo, não sofrer demasiadamente com a empatia.

Podemos cogitar a possibilidade dessa atuação ser uma forma de suportar a necessidade de transitar entre corredores de hospitais, se deparando com a inegável presença da morte e, conseqüentemente, com a difícil aceitação da sua existência (ELIAS, 1982). O que, naturalmente, ocorre com esses profissionais que também sabem que a morte é inevitável para eles. Agir de forma distanciada afasta a possibilidade de sentir culpa.

Recai sobre eles uma pressão muito grande já que, dentro desse processo ocidental de negação da morte, compete a eles uma tarefa difícil que nem sempre é possível ser cumprida. Inevitavelmente, alguns pacientes irão morrer, isso representa um fracasso, tanto para quem morreu quanto para quem não conseguiu impedir sua morte (MENEZES, 2003).

Na pesquisa realizada por Lima e Buys (2008), em currículos de formação profissional de cursos de atuação na área da saúde, foi verificado que os estudantes que deveriam, em seu processo de formação, estar preparados para trabalhar com aquilo que fará parte do seu dia a dia de atuação, pouco ou nada estudam sobre o processo de morte.

A inegável presença da dificuldade e falta de preparo em trabalhar com a morte afeta a forma com que o protocolo de morte encefálica é realizado e poderá ser observado a partir das falas dos entrevistados que serão apresentadas nos tópicos a seguir.

4.2 O TRABALHO TÉCNICO

Iniciamos com a explicação do processo de acordo com a enfermeira-chefe do Pronto Socorro, que também faz parte da CIHDOTT. Para facilitar a identificação das suas falas, utilizaremos “Enfermeira do PS”, indicando sua conexão com o Pronto Socorro (OS), que está localizado na entrada do hospital, sendo que todos os pacientes que são atendidos passam por lá, para a realização de uma triagem.

Essa foi a primeira enfermeira a conceder uma entrevista na sala de reuniões da enfermagem. Trajava um conjunto azul de algodão, com as inscrições “P.S” no bolso. Acabava de descer da UTI, onde estava trabalhando no Protocolo que estava em aberto.

Sentou-se na mesa longa, disposta no canto da sala, mas logo se levantou e pegou em outro canto uma pasta vermelha com uma etiqueta escrito: PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA. Novamente se sentou, cruzou as pernas e respirou fundo. Aparentava estar cansada, seu cabelo estava bagunçado, evidenciando que ela havia se movimentado muito.

Respondeu a seguinte pergunta:

- Você pode me descrever, passo a passo, como funciona o protocolo de morte encefálica?

“O paciente chega no pronto socorro. Ó! É um possível doador. Ele sobe para a UTI, então você vai fazer um exame. Ele não está respirando, está midriático, começa o protocolo. Abri o protocolo, tenho que preencher todo esse processo aqui”.

Então, ela mostra todos os documentos que deverão ser preenchidos.

“Esse é um termo de declaração de morte encefálica, começa por ele. Eu vou colocar nome do paciente, instalação - que é dia, data e hora que foi observado que pode, que se instalou essa morte encefálica. Então esse é o processo...”

Afasta a folha e pega outra.

“Fechando esse processo, eu preencho as notificações. Essa é a ficha de notificação do potencial doador. Então, eu já notifico para a central de transplantes: eu tenho um possível doador! Aí, são feitos os exames...”

Eu notifiquei esse paciente, fiz o exame físico primeiro. Se ele está sedado, eu tenho que esperar doze horas após a sedação para eu começar, porque essas sedações interferem no sistema central. Doze horas e eu começo a fazer o exame físico.

São vários exames que eu vou ver se esse paciente está em morte... Fiz esse primeiro”.

Mostra na ficha o local onde irá ser preenchido os resultados do exame.

“Depois, tenho que esperar mais seis horas e faço o segundo exame. Depois, eu peço o exame complementar que é a arteriografia, para saber se está mesmo em morte encefálica. A arteriografia vê se está sem fluxo na cabeça”.

Nesse momento, os documentos são organizados em ordem de execução.

“Entre esses exames, eu já coeto uma amostra de sangue e encaminho para a central. Eles pedem o mais rápido possível...”

Já abriu o protocolo, já é feito o exame de teste de apneia, que você tira o respirador para

ver se o paciente está respirando.

Você já coleta essa amostra de sangue e encaminha para Curitiba. A partir disso, eles geram o ranking de quais possíveis pacientes são compatíveis com esses doadores.

Depois que eu fiz tudo isso e confirmei através da arteriografia, entra a família.

Nós fazemos a solicitação. Depois de todos esses exames e a arteriografia fechada, eu tenho a confirmação que estou com o paciente em morte encefálica”.

Um “paciente midriático” é observado quando as suas pupilas estão dilatadas¹². Todos os documentos que ela cita durante sua fala estavam na pasta que ela pegou antes de iniciar a entrevista e foram cedidos para compor esse trabalho. Serão apresentados em anexo.

O Ranking mencionado pela enfermeira é gerado pelo Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) e divulgado pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) em seu site¹³. O processo é regulamentado, no estado do Paraná, por sua Central Estadual de Transplantes (CET), que por sua vez, atua com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO). Vinculadas a ela, estão as Comissões de Procura de Órgãos e Tecidos para Transplantes (COPOTT), que são divididas por regiões do Estado e são responsáveis por ir até o hospital para fazer o processo de retirada de órgão do paciente. As Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTTs) atuam internamente em cada hospital a qual são vinculadas (PARANÁ, 2014).

No início de sua fala, é possível perceber que, desde a entrada no pronto atendimento, já se sabe qual é o paciente que pode vir a entrar em morte encefálica, tornando-se um potencial doador. Apesar disso, a família só terá acesso a essa informação, com clareza, após a finalização do processo. Nota-se que ela não é consultada sobre o que será realizado.

A postura da enfermeira em relatar de forma técnica, com palavras desconhecidas, e a presença de pouca informação sobre o que realmente significa cada ação, vai de encontro com o processo de submissão aos protocolos e soberania nas decisões por parte da equipe que atua no hospital. Ao falar de forma técnica, utilizando palavras desconhecidas, os familiares do paciente acabam concordando com tudo, por sentir segurança no que se apresenta como domínio técnico e profissional (TORRES; GUEDES, 1984).

¹² Disponível em: < <https://lookformedical.com/search.php?lang=3&q=midr%C3%ADase&src=faq>>. Acesso em 20 de jan. 2016.

¹³ <http://www.abto.org.br/>.

A fala da Enfermeira do PS dá a entender que, desde o início, é possível saber quem irá entrar em morte encefálica. Diante disso, foi perguntado a ela sobre essa percepção e sua resposta foi:

“Com a vivência, você já acaba percebendo...

Então, digamos assim... Eu trabalho no pronto socorro e, às vezes, chega um paciente que teve um acidente. Você olha assim e sabe: é um possível doador.

Mas para a abertura do protocolo, ele precisa estar sem sedação e sem estímulo nenhum. Todo esse protocolo é feito para garantir que esse paciente realmente esteja em morte encefálica.

A possibilidade do paciente não estar em morte encefálica, depois que você preenche tudo isso, são mínimas! Quase inexistente!

É porque são feitos exames e mais exames e é confirmado pelo neurocirurgião.

Então, há poucas possibilidades”.

Quando a enfermeira fala “preencher tudo isso”, refere-se à documentação que citou em sua fala anterior. Com um tom de voz firme, sem esboçar qualquer movimento que indicasse insegurança, ela comenta a respeito da impossibilidade de o diagnóstico do protocolo falhar.

Dizer que é necessário que o paciente não tenha nenhum estímulo, significa que, durante os exames, o mesmo não apresentou nenhuma reação que indicasse presença de atividade neurológica.

Os mesmos questionamentos foram feitos à outra enfermeira, que também compõe a comissão. Essa enfermeira estava extremamente envolvida no processo, sendo necessário remarcar várias vezes a entrevista. Sua atuação é mais incisiva – por ela atuar em outra função –, sendo a responsável geral pela equipe de enfermagem do hospital. Diferente da primeira enfermeira a ser entrevistada, ela atua mais nas dependências internas do hospital, circulando pelos corredores, sempre atenta a sua equipe.

Durante a entrevista, sua fala foi interrompida toda vez que alguém era chamado no autofalante do hospital. Também ocorreram interrupções de pessoas que procuravam por ela na sala e pelo telefone, mas, toda vez que isso ocorreu, ela informou que estava ocupada e retomou sua fala.

As duas enfermeiras possuem personalidades bem distintas. A primeira a ser entrevistada, era muito sorridente e utilizava as mãos para se expressar. Diferente dela, a chefe de enfermagem permaneceu séria durante toda a entrevista e pouco se mexia. Estava extremamente focada em fornecer a maior quantidade de informações possíveis. Essa foi a entrevista mais longa realizada durante a pesquisa.

Para identifica-la, será utilizada a denominação “Enfermeira Chefe”, da mesma forma como ocorreu com a enfermeira do Pronto Socorro, foi solicitado para que ela explicasse, passo a passo, como ocorre o protocolo:

*“Então, a primeira etapa é a notificação do paciente, para saber se esse paciente é um potencial M.E - um potencial morte encefálica.
Após a notificação, existe os exames que a gente faz, exames físicos e complementares”.*

Respira fundo, faz uma pausa e retoma sua fala:

“O que é o exame físico? São os testes que a gente faz, teste neurológico, teste de apneia... Para certificar se, realmente, esse paciente está evoluindo ou já está em morte encefálica.

Exames clínicos são feitos através de exame de sangue e dos técnicos mesmo, que são vários processos de avaliação: de pupila, avaliação do globo ocular, avaliação do teste Babinski – que é a parte motora do paciente –, o teste de estímulo dolorosos...”

Pausa para prestar atenção em quem está sendo chamado pelo autofalante do hospital. Retoma o pensamento:

“Esses são testes clínicos para analisar se o paciente tem um estímulo ou não tem. Passando isso, fez os testes, ele não está atendendo, não está respondendo, a gente passa para o exame complementar que é a arteriografia ou Ecodoppler.

Durante esse tempo, foi feito os testes clínicos. Deu positivo para nós, negativo para o paciente? A gente investe em cima desse paciente...

O que que é, como é?

Cuidando, né?

Avaliando todos os sinais, principalmente frequência cardíaca, temperatura e a pressão.

Então, existe todo um protocolo...

A gente não pode deixar esse paciente começar com uma parada cardíaca ou uma hipotensão – que é baixar a pressão – ou até mesmo muito alta.

A diurese. É essencial que esse paciente tenha a diurese, que tenha xixi, porque são os rins que a gente está preservando!

A função do protocolo é manter a função dos órgãos desse paciente funcionando. Aí, entra com medicações, com dieta, com todo o processo para que se mantenha esse paciente estabilizado, enquanto encaminha as amostras para Curitiba, que é a parte de fazer o teste para ver se tem um receptor para os órgãos.

A única coisa depois do teste clínicos que a gente faz é encaminhar essas amostras sanguíneas para Curitiba. Aí, já aciona a Central, a gente já tem uma ligação com a central.

Eles vão querer saber de tudo do paciente, quais exames já foram feitos, o que que já foi feito e tudo isso a gente vai notificando, vai passando no protocolo, no papel e vai passando para eles”.

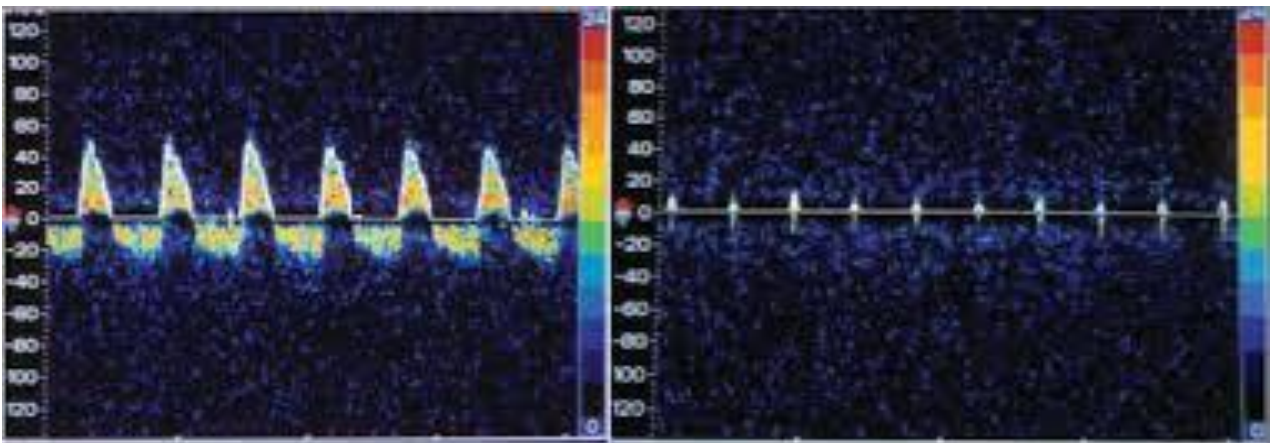
Demonstrando cansaço, faz uma pausa, respira novamente e dá continuidade a fala.

“Então, esse trâmite já tem que estar acontecendo...”

Aí, o médico solicita mais uma bateria de exames, que são exames específicos de M.E. Enquanto esses exames não vêm, a gente vai trabalhando em cima do paciente, vivo. Os órgãos vivos e em funcionamento, não altera em nada... Depois de que o primeiro teste clínico é feito, digamos que às dez da manhã, o próximo vai ser seis horas depois. São duas etapas. Fazendo a primeira e fazendo a segunda seis horas depois, o segundo teste é feito da mesma forma que foi feito na primeira, para se certificar mesmo. Feito o segundo teste, deu tudo “tranquilinho” também, o paciente não teve nenhum estímulo, não teve nada, a gente já pode fazer o complementar, que é o último, o Ecodoppler ou arteriografia. Então, fez a arteriografia, deu positivo para nós, negativo para o paciente, já pode ser feita a entrevista familiar... Chama toda a família, senta com eles e passa para eles: então, foi feito todos os exames e realmente está em morte encefálica. Explica todo o processo, como foi feito, todos os exames, leva os exames para eles acompanharem, para eles verem, principalmente laudos, né? Para eles saberem o que foi feito, que realmente não tem mais o que fazer. A família, se aceitar, você aciona a central, manda documentação, relatórios que foram feitos, tudo assinado. Existe um termo que a gente precisa que eles assinem, é um termo bem complexo, onde tem todos os dados do responsável pela doação, todos os dados do paciente. E também tem que ter duas testemunhas, além do responsável. Esse termo tem que estar bem certinho, com o horário do óbito, com o horário do tudo... Porque, a partir do momento que você faz a arteriografia, ela já diz: está em óbito, está em morte cerebral. Então, a gente já tem o horário desse óbito. Tudo isso tem que estar bem “certinho” para passar para a central. Eles, recebendo a documentação, já vão acionar as equipes para que venham até nós. Caso dê negativo, caso a família não aceite, é liberado o corpo”.

São mencionados dois exames de imagem que são utilizados para fechar o diagnóstico: arteriografia e doppler transcraniano. Apresentamos a seguir a imagem dos dois exames, fazendo um comparativo entre o cérebro de uma pessoa viva e de uma pessoa em morte encefálica.

Figura 1 – Exame Doppler Transcraniano

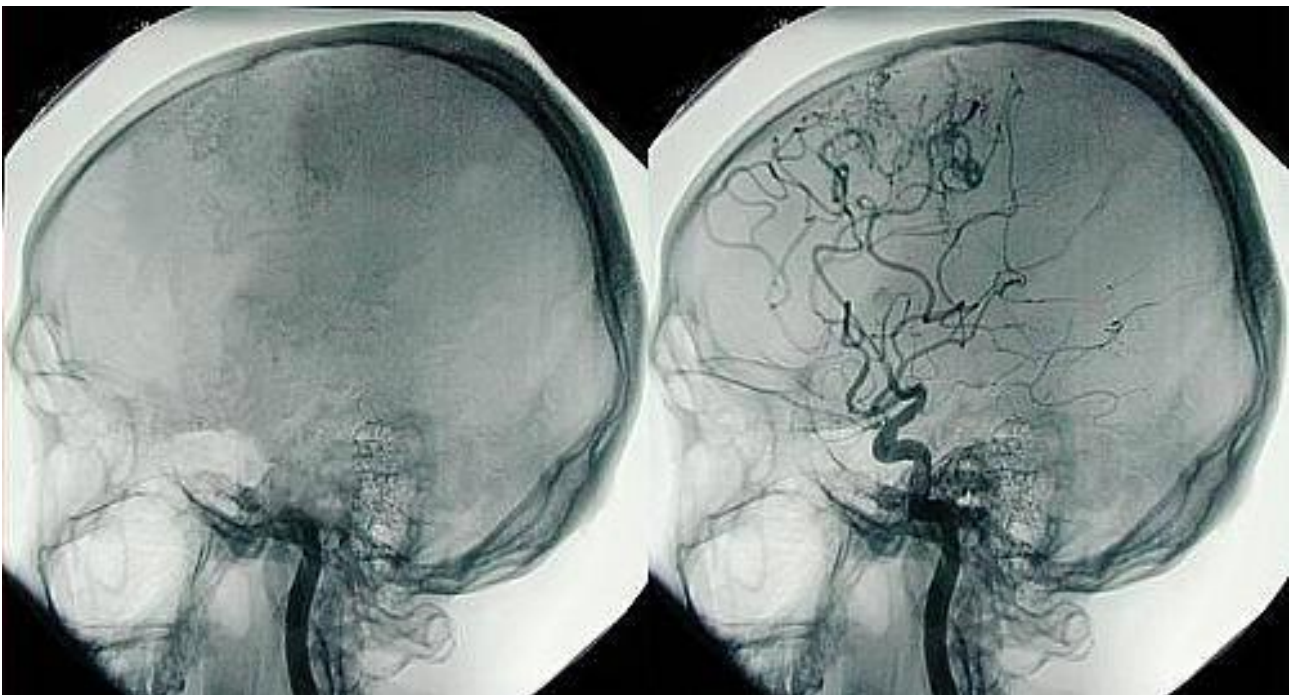


Fonte: ANDRADE, Almir Ferreira¹⁴

Na foto do lado esquerdo, o exame de uma pessoa com atividade cerebral, já na imagem da direita, de uma paciente em morte encefálica. A ausência dos registros percebidos na imagem da esquerda faz com que a morte cerebral seja identificada com mais facilidade na segunda imagem, o que, ao ser mostrado para a família – conforme relatado pela Enfermeira Chefe, eles mostram os exames para que a família se certifique do diagnóstico – seja mais fácil a aceitação deles.

Isso porque, conforme ela relatou, são mostrados aos familiares do paciente os exames que foram realizados durante o processo, o que gera mais confiança do que será dito pela equipe que irá fazer a abordagem com os mesmos.

Figura 2 – Exame de Arteriografia



Fonte: Como diagnosticar morte cerebral?¹⁵

Na imagem da esquerda, se vê a imagem do cérebro de um paciente em morte encefálica, que é bem diferente da imagem à direita, onde é possível identificar o

¹⁴ Fonte: ANDRADE, Almir Ferreira; et. al. Propostas para revisão dos critérios clínicos de morte encefálica. Rev Med (São Paulo). 2007 jul.-set.;86(3):132-7. Disponível em: <http://medicina.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_102_132-137%20863.pdf>. Acesso em 28 jan.2016

¹⁵ Fonte: Como se diagnostica morte cerebral? Disponível em: <<http://www.transplantecardiaco.com/416378568>>. Acesso em 28 jan.2016

fluxo sanguíneo no cérebro de um paciente com atividade cerebral.

Nos dois exames apresentados acima é evidente a diferença entre um cérebro vivo e um cérebro morto, o que, como relatado anteriormente, será facilmente notado pelos familiares que olharem os exames que são disponibilizados pela equipe. Seguindo com a análise, quando a enfermeira se refere ao “negativo para o paciente e positivo para nós”, está dizendo que, para o paciente, o diagnóstico não é favorável, mas para eles, enquanto comissão de doação de órgãos, é um indicativo da possibilidade desse paciente ser um doador, ou seja, é positivo. Com isso, a abordagem familiar já será articulada.

Nessa fala dela, fica claro o processo de biopoder, em que os avanços tecnológicos são utilizados a favor dos interesses do sistema capitalista (FOUCAULT, 2009), já que é positivo para a utilização desse paciente, em condições de “cadáver vivo”, para a retirada de seus órgãos. Ele não é mais útil como um ser produtivo, que terá condições de exercer qualquer atividade. Sua vida está condicionada ao aparelho de respiração, por isso, para ele, é um diagnóstico negativo. Porém, a possibilidade de utilização do seu corpo o torna útil novamente.

Outra coisa interessante a ser observada é que os exames são enviados para a central, em Curitiba, sem que isso seja relatado para a família, sendo que os mesmos só ficam sabendo da possibilidade do paciente ser um possível doador depois que tudo estiver pronto.

Quando questionada sobre isso, a enfermeira chefe relatou que o objetivo era não gerar uma expectativa para a família e tornar o processo mais complexo, pois há vários casos em que o paciente não pode ser doador, por doenças que a família desconhecia ou outras interferências. Então, seria gerada mais uma expectativa sobre os familiares e nova frustração de, além de ter um ente falecido, não ser possível doar os órgãos.

Além da expectativa, é possível imaginar que isso possa gerar um sentimento de inconformidade, que fará com que os familiares interfiram no processo que está sendo realizado. Isso porque, a recusa familiar ainda é o maior empecilho para a doação de órgãos. Além disso, a abordagem com a família muda de acordo com o seu grau de compreensão sobre os fatos que são relatados pela equipe. E a aceitação da doação de órgãos está diretamente relacionada com a confiança que a família tem no trabalho desempenhado pelos profissionais (SANTOS; MASSAROLO, 2005).

Observa-se, também, que o paciente é mantido com o tratamento, mas

quando for constatado que se trata de um quadro que está evoluindo para a morte encefálica, a principal preocupação gira em torno da garantia de que o protocolo tenha êxito. Todas as atividades desempenhadas serão para que o processo seja concluído e os órgãos sejam doados.

Também é perceptível, nas duas falas, que existe uma expectativa em torno desse paciente que pode vir a ser um possível doador. Essa é uma importante questão para ser abordada, pois não há ganhos financeiros para os membros da comissão, o que descarta a hipótese de se pensar em lucros – ao menos pessoais –, já que se trata de um trabalho voluntário. Há outros aspectos relacionados a esse processo de expectativa, de grande relevância, que serão abordados posteriormente no terceiro capítulo.

A liberação do corpo indica que, a partir do momento que a família possui conhecimento da morte encefálica, ela tem a escolha de realizar as doações de órgãos ou não, mas, somente se aceitar essa doação, terá garantias de que o corpo do paciente em óbito não terá seus aparelhos desligados, conforme a chefe de enfermagem explicou:

“Aí, existe uma questão também...”

Ah! Agora que a gente não quer doar os órgãos, vocês vão desligar os aparelhos?

Existe essa questão também...

Por lei, a gente tem total autonomia para ser desligado esses aparelhos. O que são “aparelhos”? É o respirador, que está fazendo o pulmão e o resto dos órgãos estarem vivos. É a oxigenioterapia. Então, por lei, a gente pode fazer isso...

Aí, vai da nossa cultura. A gente tem médicos que optam por diminuir os parâmetros desse respirador até que esse coração pare sozinho.

Então, 90% deles não têm aquele hábito de desligar sozinho não, entendeu? Está morto, desliga. Eles ainda não conseguem.

Já aconteceu casos assim, de que a gente teve que desligar. A família não aceitou. A gente desligou, porque tinha paciente gravíssimo esperando no Pronto Atendimento. Ou seja, era uma vaga de UTI, era aquela que a gente tinha e como a família não aceitou, então desliga-se tudo, encaminha para o necrotério. Se tiver que ir para o IML, vai para o IML; se não tiver que ir, a funerária vem buscar e faz o processo deles”.

A lei mencionada, na verdade, é uma resolução do Conselho Federal de Medicina, inscrita sob o número 1.826, de 24 de outubro de 2007, que indica que “em casos de contraindicação para doação de órgãos ou negativa familiar, o suporte avançado de vida deve ser suspenso” (PARANÁ, 2014, p.15).

Nesse processo, quando ela relata a dificuldade que os médicos têm em desligar os aparelhos, mesmo constatada a morte, fica visível que o diagnóstico é complexo até mesmo para os profissionais de saúde. Como foi citado por Lock, (2002),

não há um consenso, mesmo entre eles, a respeito de como proceder quando o diagnóstico aponta que não há mais possibilidade de vida para aquele paciente.

Voltamos a questão da falta de treinamento para trabalhar com a morte e necessidade da postura técnica e distante, que, por vezes, faz com que o atendimento na área de saúde seja considerado “frio”. Esse processo pode reforçar o afastamento da interação inerente à vida humana, entre profissionais e pacientes, o que, conforme o exemplo claro do cadáver vivo, aproxima mais os pacientes de “objetos” do que de humanos. Isso é reforçado pela idéia da necessidade de “humanização” do atendimento, que, em termos claros, pode ser entendido que, se esse processo é necessário, anterior a ele, os pacientes não eram (ou não são) tratados como humanos (LIMA; BUYS, 2008).

Encontramos mais elementos que favorecem a compreensão de como esse protocolo é executado, através da entrevista com a médica. Durante a realização da pesquisa no hospital, foram realizadas tentativas de contatar a médica que atua na comissão. Ela acumula duas funções na UTI do hospital, como intensivista e como neurologista. Por conta disso, o contato não foi possível nas dependências do hospital, isso de acordo com o que foi relatado pela enfermeira chefe.

Através da intercessão de outro médico, que teve contato com a pesquisa, foi feita a intermediação com a mesma, que marcou um horário em seu consultório particular para participar da pesquisa. O fato chama atenção, pois havia sido solicitado várias vezes a intervenção da equipe de enfermagem para a realização da entrevista com a médica, mas não houve respostas diante da solicitação.

Quando o intermédio foi realizado por outro médico, o processo de contato fluiu melhor do que o previsto, já que foi a secretária da médica que ligou de seu consultório particular, para agendar um horário, que, normalmente, é disponibilizado para consultas pagas.

A entrevista com a médica foi uma das mais longas realizadas, também uma das mais surpreendentes – pela atenção dedicada, com grande riqueza de detalhes. Também é válido ressaltar a diferença entre os ambientes onde foram realizadas as entrevistas com as enfermeiras e com a médica. E, devido à dificuldade em contatá-la, não havia sido gerada grandes expectativas em relação à sua fala.

Observa-se que há sempre uma hierarquia dentro do hospital, em que médicos estão no topo, sendo seres inacessíveis. Mesmo porque, conforme demonstrado por Macedo, (2008), o processo de contato com médicos pode ser complexo, além de ser perceptível um discurso voltado para a defesa da doação de órgãos, mesmo que os

questionamentos sejam referentes ao protocolo de morte encefálica, não ao processo que ocorre após a sua conclusão.

Em seu consultório, localizado próximo a um ponto turístico da cidade, sua sala é bem iluminada, com móveis modulares, ar-condicionado ligado e há uma varanda com vista privilegiada para o ponto turístico, uma lagoa, onde era possível ver pessoas fazendo caminhadas.

A médica apresentava-se com uma roupa elegante, cabelos bem arrumados, não estava usando jaleco. Diferentemente das enfermeiras entrevistadas no hospital, não era perceptível sinais físicos que indicassem estresse. Sentou-se em uma cadeira atrás da sua mesa de trabalho, posicionou delicadamente os braços com os dedos entrelaçados sob a mesa e respondeu às perguntas. Nesse momento, foi perguntado como ocorre o protocolo de morte encefálica:

“Então, eu vou diagnosticar o paciente que está em coma, com uma falta de resposta. Vou provocar dor, vou provocar um estímulo desconfortável e ele não tem resposta nenhuma. Vou verificar, normalmente, se esse paciente está em suporte de respiração. Não tem como você pensar em morte cerebral em alguém que está respirando sozinho! Então, esse paciente já está em ventilação mecânica, em respiração artificial. Se você tira ele da máquina e aguarda, você observa se ele vai ter movimentos respiratórios. Quando ele não tem, você sabe que o cérebro não está comandando...”

Estica as mãos e, gesticulando, dá continuidade na sua resposta:

“Aí, você vai passar para a fase de testes neurológicos específicos, onde vai testar reflexos do cérebro, que são relacionados ao centro de comando, que é o tronco cerebral. Então, você tem cinco reflexos que não estão presentes nesse paciente, que são o de dilatação da pupila, que é quando estímulo o seu olho, você pisca. Esse paciente não tem sensibilidade da córnea. Então, você pode até furar com uma agulha, que ele não vai piscar, mas, obviamente, a gente não faz isso, porque a córnea é um órgão de doação também. Normalmente, se faz um estímulo com um algodão, com algo bem delicado. Você, normalmente, vai testar o movimento ocular, porque, quando a gente vira a cabeça do paciente de um lado para o outro, o movimento ocular desvia. É nosso senso de defesa. Se você vira para um lado, o olho vai para o outro. O paciente que tem morte cerebral tem um olho paralisado, ele acompanha o movimento da cabeça, rígido. Você vai testar o reflexo do ouvido, estimulando com água fria ou com água quente, porque o olho também desvia, então, isso não é voluntário, é involuntário. E vai testar o reflexo de tosse. É impossível pôr alguma coisa na sua garganta sem você ter reflexo de tosse ou vômito, esse paciente não tem. Então, são os cinco testes que nós fazemos, além de observar se ele está com movimento respiratório ou não. Quando um desses testes falham, obviamente, é um paciente grave e a gente volta a avaliar ele dali seis horas, doze horas, se ainda falta um desses testes...”

Por exemplo, o último que eu vou testar é tosse, mas quando eu vou estimular, ele tosse. Ele não respira sozinho, ele não tem nenhum movimento do olho, mas ele tosse. Então, para aí, porque tem atividade”.

A explicação da médica era marcada pela presença de movimentos com as mãos, fala clara e lenta, as palavras fluíam com muita naturalidade, o que demonstrava que se tratava de algo realmente rotineiro e simples. Enquanto falava a respeito dos olhos, ouvido e do movimento da cabeça, ela gesticulava e apontava para os locais. Visivelmente, tentava ser a mais didática possível em suas explicações, como se estivesse explicando aos familiares de um paciente sobre os procedimentos. Continuou sua explicação com movimentos marcados na mão, indicando confirmação:

“Confirmou. Está tudo ausente? Você vai fazer aquele teste que eu te falei. Vai coletar o exame para ver quanto de oxigênio tem no sangue, ver quanto tem de gás carbônico, desconectar ele do respirador e esperar dez minutos. Você só dá um “suportezinho” de oxigênio ali. Depois de dez minutos, você coleta de novo e esse é um segundo exame que te confirma. O paciente não está, por algum motivo, subindo essa quantidade de gás carbônico. Ele deve ter algum movimento mínimo, que nós não estamos percebendo, em algum lugar ele está fazendo essa troca... Para tudo e vamos testar daqui umas seis horas, vamos ver. E aí, depois desse teste se, por exemplo, eu fiz esse teste, que a gente chama de “apneia”, e ele não está respirando, não está fazendo troca, não está tendo movimento nenhum, então, eu vou passar a pedir um teste de imagem para confirmar. Pode ser tanto uma arteriografia, que vai me mostrar o fluxo cerebral, ou doppler transcraniano, que é uma forma de mostrar o fluxo também, mas ele não injeta nada na veia, só vai com um exame tipo uma ecografia, que é feito na base da cabeça e aqui no osso temporal. Mas ele consegue mostrar com certeza se tem o fluxo ou não... E o outro é o exame que a gente não utiliza no hospital, mas que é possível utilizar, é o eletroencefalograma. Na verdade, ele não vai mostrar o fluxo, mas ele vai mostrar a presença de atividade, e nosso cérebro sempre está em atividade. Mesmo se estivermos dormindo, tem uma onda mais lenta lá, mas ela está presente. No paciente de morte cerebral, é silencioso, ele não tem traçado nenhum. Mas a gente não utiliza o eletroencefalograma pelas dificuldades dele mesmo... E aí, se esse teste deu positivo, se já não passou as seis horas para a gente fazer o segundo exame clínico, que é testar de volta todos esses reflexos, que eu testei lá no início, a gente testa de novo”.

Há uma pausa em sua fala e sua fisionomia muda. Ela solta as mãos sobre a mesa, baixa seus ombros, sua postura fica arcada e continua sua fala:

“Às vezes, acontece de testar a primeira vez, pedir o exame de imagem e não conseguir ele ainda, porque eu dependo de uma equipe terciária... Às vezes, eu consigo ele vinte e quatro horas depois, então, já passou as seis horas para eu fazer o exame clínico. Isso fecha o seu diagnóstico!”

Então, primeiro exame clínico, segundo exame clínico depois de 6 horas e o exame de imagem. Fora isso, é fazer a manutenção do paciente. E aí, se você confirma, você tem uma expectativa que ele é um potencial doador.

Tem família e você não conseguiu falar com ela ainda?

Mantém a medicação, o suporte ventilatório, tudo, até você conseguir definir.

Ele tem possibilidade de ser doador? Ele não teve nenhum exame...

Porque tem as sorologias que você pesquisa...

Deu tudo negativo, ele realmente não vai passar doença para ninguém se ele for um doador e os órgãos estão em condições de serem doados? Sim?

Aí, a Central avisa de Curitiba que ele realmente pode ser um doador de rim, de fígado e você vai falar com a família, se eles aceitam doar ou não”.

Fica evidenciado, na fala da médica, que a descrição do processo difere da explicação dada pelas enfermeiras. Ela não traz a concepção de que, desde o pronto socorro, é possível saber se o paciente é um possível doador. Talvez isso se justifique pelo fato de que ela só venha a ter contato com o mesmo a partir do momento em que ele ocupa um leito de UTI. Por isso, é importante ressaltar a importância do papel da enfermagem para que o processo ocorra.

A médica terá contato com o paciente posteriormente ao contato da enfermagem, que é responsável pela triagem dos pacientes assim que eles entram no P.S. Nesse caso, o contato com o paciente se dá pela médica entrevistada apenas quando o mesmo já se encontra na UTI. Esse é local de maior investimento em estrutura advinda do avanço tecnológico na área médica. É também o local mais marcado pela impessoalidade dos pacientes, com paciente nus, dispostos lado a lado. Só há um pouco de privacidade caso o paciente tenha alguma doença contagiosa. Nesse caso, por segurança, ele ficará em um espaço isolado. Ocorre nesse local “outra forma de negação na instituição hospitalar, que reside no endeusamento tecnológico que leva a uma maior concentração na máquina, no órgão doente e não no paciente como pessoa” (TORRES; GUEDES, 1984, p. 104).

É perceptível, novamente, que há uma expectativa em torno da morte encefálica do paciente, uma espera para o que parece ser inevitável. Isso é percebido em meio à sua fala, mesmo que essa seja caracterizada pela detalhada explicação dos exames que ocorrem durante o processo.

Novamente, o diagnóstico de morte encefálica é tratado como algo “positivo” para a equipe, que repete os exames de tempos em tempos, acompanhando o processo de falecimento do cérebro do paciente. Não é perceptível, durante a descrição

da execução dos exames, algo que pareça ser um investimento médico na cura do paciente.

As falas da médica são ainda mais técnicas, reforçando a idéia de distanciamento dos médicos, nos quais a família deposita a confiança de que é sempre o melhor que será realizado. Ocorre um processo de omissão de informações, que poderiam ser melhor compreendidas, o que é identificado como uma técnica de trabalho comum aos médicos (TORRES; GUEDES, 1984).

Quando a médica fala a respeito da família, reforça o conceito de que eles ficam alheios aos processos, só tendo consciência do que realmente se trata depois de que a morte encefálica já está diagnosticada. E, ao contrário do que ocorreu com as enfermeiras, não foi necessário realizar um questionamento referente aos familiares do paciente, pois ela falou da questão espontaneamente.

“A dificuldade que eu vejo é, realmente, no momento em que você vai abordar essa família, como você vai dizer para essa família, vai avisar para ela que você, realmente, está pensando nessa possibilidade...”

Você vai deixar ela aguardando todo esse tempo ou você vai fazer tudo isso e vai avisar depois? Então, sempre a abordagem familiar eu acho mais complicada.

A abordagem, parte técnica, com a gente, ela corre bem. Tanto é que, no hospital, a gente dividiu as equipes, existe uma equipe só para a abordagem com a família.

Porque, enquanto, a gente estava tentando fazer o trabalho...

A partir do momento que se dividiu tudo e passou a ter uma equipe só para a abordagem, a taxa de aceitação e de autorização para transplante aumentou significativamente”.

Fica evidenciado nessa fala, e no decorrer de toda a entrevista, que a maior dificuldade não está relacionado ao diagnóstico do paciente. Trata-se de um processo com exames simples, aparentemente seguido com facilidade para se chegar no diagnóstico final.

Mas o processo de abordagem com a família, que também compõe protocolo de morte encefálica, gera desconforto. Seguir um protocolo de exames, que culminam em um diagnóstico de morte ou não, não requer maiores reflexões além dos trâmites burocráticos já conhecido pela equipe. Conforme descrito, tanto na fala da médica quanto das enfermeiras, já existe um conhecimento prévio, baseado nas percepções adquiridas pelo conhecimento técnico, de que o paciente está evoluindo para morte.

A família permanece alheia ao processo até que ele seja finalizado, não é dado a ela a opção de decidir sobre os procedimentos que podem vir a ser empregados

no paciente. Seu acesso ao mesmo está restrito a uma visita diária, em determinado horário, com um curto prazo de tempo para permanência na UTI, além do limite de pessoas – é permitido dois visitantes por dia. Nesse processo, há um controle advindo do processo de institucionalização do paciente e, conseqüentemente, a utilização do biopoder, já que a vida ou morte do paciente dependerá exclusivamente das decisões tomadas pela equipe hospitalar.

Quando se trata da abordagem com a família, não se sabe exatamente o que esperar. Mesmo que todas as informações do quadro clínico sejam repassados durante a permanência do paciente na UTI, há sempre entre os familiares uma esperança, como no caso do irmão do paciente com o protocolo em andamento durante a pesquisa.

Um estudo realizado com familiares de pacientes em processo de morte encefálica na cidade de São Paulo, identificou que a família mantém a esperança de reversão do quadro clínico do paciente, mesmo que esse já esteja em protocolo de morte encefálica (SANTOS; MASAROLLO, 2005).

Os autores observaram ainda que tal questão está intimamente ligada ao fato do paciente morto possuir sinais vitais – respiração, batimento cardíaco, temperatura corpórea. A família não compreende como o paciente está morto e se irrita ao ser questionada sobre a possibilidade de doar os órgãos.

A equipe que fará a abordagem com a família sabe que tem pouco tempo para realizar o processo e questionar a família sobre a possibilidade de doar os órgãos – logo após noticiar a morte de seu ente. Pois, mesmo com a intervenção médica, o corpo pode deixar de funcionar minutos depois ou, no máximo, durante uma semana¹⁶.

Havendo ou não aceite familiar, trabalhar com o paciente morto gera desgaste, angústias e expectativas, que foram relatadas ao longo das entrevistas. Expor essas questões, que também fazem parte da execução do protocolo, é a possibilidade de dar voz aos principais atores envolvidos no processo, que vivenciam diariamente as complexidades resultantes do avanço tecnológico. Para isso, dedicamos o terceiro capítulo desse trabalho.

¹⁶ BONATELLI, Circe. Morto, mas com o coração batendo? **Revista Espaço Aberto**, nº80, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.usp.br/espacoaberto/arquivo/2007/espaco80jun/0capab.htm>>. Acesso em 23 jan. 2016

CAPÍTULO 3 – A MORTE É PROBLEMA PARA QUEM VIVE: FRUSTAÇÕES E DIFICULDADES DO TRABALHO COM O PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA

Morte e Vida Severina

Desde que estou retirando só a morte vejo ativa,
 só a morte deparei e às vezes até festiva;
 só a morte tem encontrado quem pensava encontrar vida,
 e o pouco que não foi morte foi de vida Severina
 (aquela vida que é menos vivida que defendida,
 e é ainda mais Severina para o homem que retira).
 (João Cabral de Mello Neto)

Nesse trecho de Morte e Vida Severina, encontramos, de forma poética, uma possibilidade de definição da morte encefálica, que se faz festiva com a possibilidade desse morto significar vida para quem está à espera de um órgão na fila de transplante.

O processo que oferece essa possibilidade, e que foi estudado para o desenvolvimento desse trabalho, é permeado por situações difíceis, que confundem e frustram até mesmo quem trabalha com isso diariamente.

São esses profissionais que serão responsáveis por todo o processo que permeia o trato com um cadáver vivo¹⁷, sua família e suas finalidades. Vale lembrar que todos eles também são humanos e, como tal, possuem suas próprias dores físicas, sociais, emocionais e espirituais. E estão imersos no centro de toda a complexidade que envolve as influências do emprego da tecnologia na área médica.

A partir do século XVIII, ocorreu um processo de mudança nas formas de controle advindas do Estado. Com isso, ocorreu uma influência em questões educacionais, familiares e também na área médica. Tratava-se de um “ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos”, o processo de biopolítica, que age em toda a população, trabalhará também com a “segregação e hierarquização social” (FOUCAULT, 2009, p.132).

Nesse processo, oferecida às técnicas de controle, também é criado um mecanismo de hierarquia para o seu acesso, o que acaba por interferir nas relações sociais, criando um processo de “dominação e efeitos de hegemonia” e o “ajustamento da acumulação dos homens à do capital, a articulação do crescimento dos grupos humanos

¹⁷ O conceito de cadáver vivo é trazido por LOCK (2002) para referir-se ao paciente com o diagnóstico de morte encefálica que continua com o seu corpo em funcionamento.

à expansão das forças produtivas e a repartição diferencial do lucro” (FOUCAULT, 2009, p.133).

Dessa forma, a hierarquização faz parte da estrutura onde está inserido o trabalho desenvolvido dentro de um hospital, em que, o médico detém o maior poder, seguido por outros profissionais que figuram como executores do sistema que é determinado e irá balizar suas ações com o paciente. Porém, isso não impede que seus sentimentos estejam presentes durante o processo de atuação profissional. Serão seguidos os conceitos considerados éticos, de acordo com cada uma das categorias profissionais, os protocolos que são impostos, mas, apesar da suposta superioridade imposta pelos níveis hierárquicos, sempre estarão presentes os sentimentos de empatia, dor, alegria, impotência e outros, que acometem todos os seres humanos.

Compreendendo que a complexidade, recorrente da necessidade de trabalhar com a morte desse paciente e ir além, buscando orientar a família sobre a possibilidade de doação de órgãos, influenciam em como o protocolo de morte encefálica será realizado e tendo como base as questões relatadas durante as entrevistas, esse capítulo se divide em três partes.

A primeira delas aborda as dificuldades relacionadas à família. Na segunda, são apresentados os depoimentos relacionados ao trabalho com crianças em morte encefálica, e por último, as dificuldades e frustrações relacionadas ao trabalho externo com a Central Estadual de Transplantes, a qual a comissão está subordinada.

5.1 NÃO ESTÁ MORTO, O CORAÇÃO BATE! AS DIFICULDADES EM TRABALHAR COM A FAMÍLIA

Já se sabe que a doação de órgãos só pode ser realizada com a autorização da família. E, ainda, que a recusa familiar é a maior dificuldade encontrada para a realização dos transplantes, apontada como resultante da interação da equipe que executa o protocolo. Quando os familiares sentem segurança e são bem tratados, a aceitação da doação de órgãos é muito maior (PESSOA et. al. 2013).

Durante a realização da pesquisa, foi observado que, mesmo entre os membros da comissão, havia uma evidente tensão em relação ao processo que estava ocorrendo, em partes, porque, apesar de estar com um quadro irreversível e que, inevitavelmente, iria culminar no fim de todas as suas atividades cerebrais, o cérebro do

paciente estava morrendo de forma lenta.

De um lado, havia a frustração de não poder reverter o quadro clínico e, de outro, a angústia para que aquilo terminasse o mais breve possível, pois tanto a família quanto equipe hospitalar estavam cansados.

Já era certo entre os membros da comissão que essa família teria dificuldades com o diagnóstico. Havia, entre eles, um tom de discordância em relação à forma com que eles seriam abordados ou, até mesmo, se era correto falar em doação de órgãos.

Um dos profissionais que questionava utilizava como argumento uma situação ocorrida em um protocolo anterior, em que a família apresentava um comportamento parecido com a família em questão. Seu medo era de que, novamente, os familiares agissem daquela forma. Verbalizou que não queria mais ver nenhuma mãe se jogando no chão e gritando, pois, isso era desgastante demais. E que, se isso viesse a ocorrer, falar em doação de órgãos não deveria nem ser cogitado.

Durante a pesquisa, foi percebido que a abordagem com a família era realmente a maior dificuldade. Em partes, pela empatia gerada com o sofrimento dessas pessoas, como observamos a seguir na fala da médica:

“A primeira coisa foi a minha aceitação com o protocolo. O meu questionamento se realmente temos a medicina evoluída a tal ponto e se o que a gente realmente encontra é compatível com morte! Então, eu, como neurologista e intensivista, me deparei com essa questão.

Eu disse: mas que direito eu tenho de pedir para uma família ou que direito eu tenho de tentar ver com a família se um paciente que não tem atividade cerebral, realmente eu... A gente vai tirar órgãos dele...Até que ponto?

Isso é uma coisa até mais espiritual, eu acho. Me deparei comigo, não com a ciência. Eu disse: bom e agora? Eu tenho que falar, porque faz parte da minha profissão, mas até que ponto eu acredito nisso aí?”.

Durante essa fase da conversa, seu semblante era sério, não esboçou nenhum sorriso e mantinha a mão sobre o peito enquanto falava. A médica continuou:

“Então, eu acho que a primeira falha que a gente tem é essa, porque a gente tem que acreditar naquilo ali. Se você perguntar, até hoje eu me enrosco, porque, às vezes, é criança...

Tem algumas situações que não é fácil você dizer: está em morte encefálica.

Principalmente, quando é família mais difícil e tudo, me questiono para que a gente está fazendo isso...

A segunda coisa, foi quando, dentro do protocolo, você é uma família e a gente vai te dar o diagnóstico, um familiar teu que está em morte encefálica. Você vai explicar, desenhar,

dizer que não tem fluxo e que isso não é compatível com vida, que, para nós, ele já está morto.

Quando a família aceita, você recua e diz: ah! Beleza, vai para doação e você não pensa mais nisso, você só mantém um paciente para ir para doação.

Quando a família diz não, você está autorizado, por lei, a tirar o suporte do paciente, ir lá e desligar o aparelho...

Nenhum médico quer fazer isso! Então, a minha pergunta é: até onde a gente acredita naquilo que faz?

Porque a pergunta é: Bom, então, para ir para doação, ir para centro cirúrgico e tirar todos os órgãos e entregar o corpo para a família, ele está morto. Para eu ir lá e tirar o suporte, ele não está? Por que você não poderia tirar o suporte e outro pode tirar o órgão?

Para mim, enquanto médica, essa eu acho que é a questão mais difícil. Depois do questionamento pessoal da coisa assim... Não que eu não...

Para mim, o diagnóstico é muito claro, a questão é de até onde a gente tem direito realmente de fazer isso.

Obviamente, você sabe que ajuda muitas outras pessoas, que o transplante é uma coisa que, enfim, prolonga a vida de outros, que dá oportunidade. Mesmo assim, é uma situação bem complicada quando chega perto de você. Essa foi a maior dificuldade que eu tive até hoje”.

É importante acrescentar que essa foi a primeira coisa relatada pela médica assim que a entrevista foi iniciada. A fala surge como uma espécie de desabafo de uma profissional que encontra dificuldades em realizar seu trabalho. Não por falta de competência técnica, mas por compreender a complexidade da situação. Após essa fala, a entrevista fluiu de forma tranquila, era como se houvesse realmente a necessidade de compartilhar essa angústia com alguém. Ela respirou profundamente após falar sobre isso e ficou em silêncio aguardando uma nova pergunta.

Interessante observar que essa resposta foi dada quando ela foi questionada a respeito das situações mais marcantes que ela havia vivenciado dentro do protocolo. Quando outros profissionais responderam a mesma pergunta, o foco das respostas mantinha-se em relatar histórias de um ou outro protocolo em específico. Após fazer esse relato, a médica fez questão de dizer que isso era uma dificuldade que ela havia tido, mas que já estava superada.

Essa fala vai ao encontro do que foi apresentado no capítulo anterior, onde a enfermeira chefe relatou a dificuldade que os médicos têm em desligar os aparelhos. Como já foi mencionado anteriormente, esses profissionais estudam para curar pessoas, “salvar vidas”. Uma morte representa fracasso de quem não obteve o final esperado do seu trabalho (MONTEIRO et al. 2005). Pois, naturalmente, a família depositará no médico a responsabilidade/possibilidade de cura do familiar hospitalizado.

Não há possibilidade de fuga desse processo, uma vez que compete ao

médico a tarefa de informar a família do óbito do paciente, o que gera grande desconforto. Em um estudo realizado com médicos atuantes em uma UTI de uma cidade do estado do Rio Grande de Sul¹⁸, foi verificada a dificuldade dos médicos em aceitar a morte do seu paciente, sendo comum as tentativas consecutivas do processo de reanimação cardíaca em casos irreversíveis, o que demonstra uma grande dificuldade em aceitar o óbito do seu ente.

O mesmo estudo aponta para a necessidade de se trabalhar com inevitabilidade da morte, não como um fracasso, mas sim um processo natural, sem a culpa e sensação de fracasso que ainda acomete os médicos.

Isso se conecta à questão de desligar os aparelhos do paciente, que, nesse caso, pode ser visto como um fracasso triplo: primeiro, em não “salvar” o paciente; segundo, em não obter sucesso na captação de órgãos e, por último, em ter investido no paciente e ainda ser o responsável por desligar os aparelhos que mantêm aquele corpo em funcionamento.

A doação de órgãos se torna, para os profissionais do hospital, a fuga do processo de culpabilização e fracasso, podendo ser observado o grande empenho em garantir que a doação de órgãos seja realizada, como observamos a seguir na fala da enfermeira chefe:

“Mesmo tendo essa resistência, a gente vai tentando. Não é impondo não! Está morto e vocês têm a opção de aceitar ou não aceitar. É muita conversa... Às vezes, você explica, quando você chegou lá no final, eles não entenderam. Aí, você volta, começa a explicar tudo de novo e a gente faz assim... É... A gente sente que eles fazem o teste com nós, enfermeiros, com os médicos, às vezes, com o próprio plantonista da UTI, porque é assim: tem o “dono do paciente”, que é o médico dele, e o que está de plantão na UTI, então, eles vão perguntar para o médico do paciente, depois, eles vão e perguntam para o plantonista, de repente, eles vêm e perguntam para nós. Geralmente, a gente está em duas, que fazem a entrevista. Às vezes, a gente sai da sala, dá um tempo para eles. Então, eles chamam a outra enfermeira, ela vai e eles perguntam tudo para ela. Sabe? Para sair daquela “pira”, tipo: às vezes, ela está inventando, talvez ela não esteja falando a verdade. Assim, nem sempre, mas, às vezes, acontece. A maioria a gente consegue passar essa confiança para eles, mas eles questionam muito e precisam de muitas pessoas ali, para chegar num acordo entre eles e ver que o que a gente está passando é o protocolo... E, realmente, é a realidade, que eles precisam decidir essa questão: ou doa ou não doa. E a gente deixa bem aberto para eles essa questão. Olha, não é nada forçado, é uma

¹⁸ MONTEIRO, Daniela Trevisan, Et. Al. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**; 2015, v.12 n.2. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/17658/13055>>. Acesso em 18 jan. 2016.

coisa que você tem total autonomia para decidir... Ah! Mas eu tenho o irmão não sei de onde, o tio não sei de onde... Então, traz todo mundo!

Não sei se querem vir até o hospital ou ligar, então, a gente dá um tempo ou se tiver como vir ao hospital, vem...

É bem aberto para todo mundo. O que implica assim, é que, quando tem que ser muitos filhos, a família é maior, fica pior para gente, porque a maioria vai dizer sim, a minoria dizer não ou vice e versa, né?

Então, a gente tem que pedir: olha gente, quem que realmente é o mais próximo?

Por exemplo, se for um filho, aí é a mãe, o pai e o irmão, por exemplo. Aí, o resto fica de lado. Ou seja, trouxeram, eles já deram a opinião deles, mas assim, quem decide é quem é responsável pelo paciente mesmo.

É o mais próximo, é quem vai responder. Se for menor de idade ou se for maior..."

Ocorre uma pausa reflexiva, com um semblante sério, ela parece buscar entre suas memórias algum fato que tenha grandes quantidades de informações, então, retorna a falar.

"Olha, antes de ontem, eu tive uma coleta de córneas. Porque a gente faz também a parte das córneas, não só a doação dos órgãos. Tem a parte do globo ocular, que é mais fácil, não precisa chegar esse trâmite de M.E. Parou o coração, a gente pode estar abordando também.

Então, a mãe morava com o filho, o filho super mais novo, ela já bem idosa e era ela que cuidava dele.

Então, ela era a responsável por ele. Aí, na hora que eu comecei a conversar com ela e tal, veio os irmãos do paciente e "aí não, mas a mãe é muito idosa para você ficar passando essa informações e tal"...

Eu expliquei para eles: olha, por mais idosa que ela seja, eu preciso que ela me diga, que ela me dê essa resposta, que ela é a responsável por ele. Ela vai ter que assinar para mim, caso ela aceite. E ela aceitou! Foi bem tranquilo assim".

Logo no início da sua fala, a enfermeira aponta para o desentendimento da família em relação ao diagnóstico, o que é compreensível dentro de um processo que, muitas vezes, é desconhecido para eles.

Percebe-se que o entendimento da morte encefálica é um dos fatores que influi no processo de doação de órgãos, pois, geralmente, as famílias apenas ouvem falar desse conceito quando um ente querido evolui para tal diagnóstico, em decorrência de uma lesão cerebral severa e súbita, o que dificulta a compreensão da idéia da cessação das funções do cérebro em um ser aparentemente vivo. O desconhecimento e/ou não aceitação da morte encefálica é compreensível, uma vez que, classicamente, a morte era definida como a cessação irreversível das funções cardíaca e respiratória, o que gera resistência não somente na população, mas, também, entre os profissionais de saúde (MASAROLLO; SANTOS 2005, p.383)

Aceitar a morte é uma tarefa difícil, tanto para os profissionais envolvidos quanto para a família, que, por desconhecimento e visualização do seu ente com sinais vitais, entra em conflito. Não é o que comumente é concebido por morte, além de ser um

processo abrupto de interrupção de vida, já que não é decorrente de uma doença pré-existente (FELIÚ, 2009).

Essa condição afeta e pode gerar as mais variadas formas de reação dos familiares, que, naturalmente, passarão por um processo de luto, que deverá ser respeitado (RODRIGUES, 2012). Podem ocorrer demonstrações de desespero e raiva, bem como o questionamento a respeito da reversão da constatação da morte.

Ela faz questão de enfatizar que não há pressão para que a família faça a doação de órgãos, que é dada a opção de realizar a doação ou não. Mas os argumentos que são utilizados para que a família opte pela doação são relacionados à bondade do paciente morto. Eles questionam se o paciente era ou não uma pessoa boa, se gostava ou não de ajudar outras pessoas, isso em um momento que a família está fragilizada após receber o diagnóstico. Transformam a doação em um ato heroico para amenizar o sofrimento que o processo de morte encefálica causa (LOCK, 2002).

Quando é relatado a existência de um dono para o paciente, indica que um profissional se responsabilizou pelo mesmo. Será ele quem a família tomará como referência, compete a ele determinar quais serão os passos tomados para buscar a cura do mesmo. Ao plantonista, fica a tarefa de manter estável o paciente e realizar ou não uma investida em casos emergenciais.

A família, que permanece todo o processo à mercê das decisões que são tomadas e desconhece os protocolos, precisa respeitar todas as inúmeras regras do hospital, que estruturalmente não irá oferecer um ambiente acolhedor, poderá não se sentir segura dentro dessa estrutura e os questionamentos surgirão. O que, pela fala da enfermeira, gera um desconforto advindo da desconfiança em relação ao trabalho realizado.

Um exemplo dessa necessidade de gestão da família é quando a profissional fala a respeito da mãe idosa que autorizou a doação de córneas do filho. Ao perceber que haveria conflitos com os irmãos, foi encontrada uma forma de gerir essa situação, atribuindo a responsabilidade exclusivamente para a mãe do paciente, com a qual já havia sido percebido uma abertura para isso.

Haverá sempre uma busca por sinais comportamentais que indiquem as reações possíveis da família. Isso é algo que será determinado pelas experiências vivenciadas que irão balizar as possibilidades de reações e abordagens com os mesmos. Observa-se isso ao longo da fala, onde há indícios de uma ação voltada para a eficiência, que para ela, nesse momento, é a retirada das córneas do paciente morto.

Há também a possibilidade de ocorrerem situações em que os questionamentos familiares sejam referentes a outros processos, como no caso da família que suspeitava de que a paciente era usuária de drogas, conforme o relato realizado pela enfermeira:

“Teve também um caso, que foi o único que foi a família que nos procurou para a doação. A gente explicou como funcionava e quando a gente estava na metade do protocolo, estava tudo em andamento, tudo tranquilo e eles resolveram não doar mais. O caso era de uma paciente que ela usou drogas e tal e ficou uma dúvida na família... Uns diziam que não, que ela não usava drogas, outros diziam que ela usou, por isso que ela bateu o carro e se acidentou. Então, eles começaram a brigar entre eles, onde, por essa dúvida, a paciente foi encaminhada para o IML. E assim, eles foram se informar com o IML como era e tal. Não sei como o IML passou para eles, mas eles entenderam que se doassem os órgãos, eles não iam conseguir ter a resposta final de se ela usa drogas ou não usava drogas. A gente tentou explicar para eles que não era assim, que a gente já tinha enviado uma amostra sanguínea e já tinha encaminhado e que o teste realmente tinha dado negativo... Mesmo assim, eles não se conformavam, eles queriam que o corpo fosse para IML. Então, não tinham como insistir. A gente tentou explicar, amenizar a situação de todas as formas, mas não foi possível”.

Todo óbito decorrente de situações violentas – acidentes de trânsito, por armas, suicídios, entre outros – obriga que o hospital encaminhe o cadáver para o Instituto Médico Legal (IML)¹⁹.

No caso dessa paciente, após o processo de retirada dos órgãos, obrigatoriamente, o hospital iria encaminhar o cadáver para o IML. Porém, a questão que se apresenta é a evidente imprevisibilidade das ações da família que se apresenta em um momento de conflito, onde podem ocorrer outras questões presentes no contexto familiar do paciente morto, que irão influenciar na decisão de doar ou não, conforme percebemos através do relato da enfermagem.

Observamos, no ocorrido, um processo de relações de poder. Nessa perspectiva, a família tem o poder sobre o corpo do paciente morto. Compete a ela a tarefa de decidir o que será realizado com o mesmo. Nesse momento, os papéis se invertem e a medicina, que até então teve o poder de decidir quais procedimentos seriam utilizados e qual era o diagnóstico, passa a depender do aceite ou não da família.

Sendo assim, a abordagem familiar continuará sendo sempre um desafio para os membros da comissão, pois, diferente do protocolo de exames, não há um método infalível para falar de morte e doação de órgãos. Será esse trabalho, onde são

¹⁹ Conforme informações disponíveis em: <<http://www.ssp.sp.gov.br/fale/institucional/answers.aspx?t=3>>. Acesso em 28 jan. 2016.

respeitados os processos determinados pela medicina e a interação com a família, que irão culminar na utilização do cadáver. Ele poderá ser simplesmente enterrado ou fragmentado para ser utilizado, tudo dependerá da decisão familiar, que é sempre soberana e deve ser respeitada (PARANÁ, 2009).

5.2 TÃO JOVEM, TÃO PEQUENO... A DIFÍCIL TAREFA DE DIAGNOSTICAR A MORTE ENCEFÁLICA DE UMA CRIANÇA

Em todas as entrevistas e conversas realizadas, uma questão em comum foi compartilhada: a dificuldade em trabalhar no protocolo de morte encefálica de uma criança. Todos pareciam estar incomodados com um protocolo que havia sido realizado recentemente e relatavam com pesar toda a história:

“Ah, teve a última, que foi de uma criança de 1 ano e 4 meses. Não foi difícil pela parte de papelada do protocolo, mas pelo fato de ser uma criança, né? Acredito que os pais, a boa vontade deles em fazer essa doação... É diferente de um adulto, é claro que você tem que trabalhar o lado profissional disso, nós temos que estar sempre entrevistando, abordando, com o intuito de que precisa salvar a vida de outras pessoas que estão na fila. Eles já se foram, fazer o quê? Por ser criança e assim, pela aceitação dos pais... Porque foram os pais que buscaram a doação de órgãos, tá? Eles eram de outro município, outro estado na verdade e vieram a passeio aqui na cidade de Guarapuava e acabou tendo o óbito da menina por um acidente. Aí, eles que nos procuraram. A partir do momento que eles começaram a entender que a menina não voltaria mais, que ela estava entrando em morte encefálica, eles nos procuraram pedindo que fosse feita a doação, porque era uma coisa que eles iam guardar para o resto da vida. A aceitação deles seria essa doação. Aí, a gente teve momentos assim, que ela começou a ficar instável, né? Baixou os sinais vitais, a gente até achou que ia perder, que não ia conseguir fechar esse protocolo, né? Até que fosse aceito pela central certinho... Em alguns momentos, eu passei para eles que talvez não seria possível e eles entraram em desespero. Eles queriam que fosse feita a doação. Mas a gente segurou as pontas, foi entrado com muitas drogas, tudo mais e deu certo de ter a doação. Então, foi uma coisa que me marcou muito, a aceitação deles, a maneira com que eles conduziram... Foram três dias de protocolo, os três dias eles ficaram direto no hospital. Eles amanheciam na frente do hospital, eles não queriam ficar aqui dentro. A gente até achou um cantinho para eles dormirem e tal, mas eles não queriam ficar. Queriam ficar do lado de fora para enxergar a janela da UTI... Foi alguns momentos que me marcaram demais”.

A morte encefálica, como citado anteriormente, é abrupta e violenta, isso

por ser decorrente de acidentes que afetam a cabeça da vítima. Naturalmente, trabalhar com a morte é uma questão complicada, devido a nossa consciência da sua inevitabilidade (ELIAS, 1982).

A forma com que o processo de morte é vivenciado vem sendo transformado ao longo dos séculos, sendo influenciado por aspectos culturais que culminam em uma vivência e aproximação com a morte diferente nos dias atuais (ARIES, 1977). No caso da morte de uma criança, a transformação consiste na mudança de postura dispensada a aqueles que eram considerados seres inferiores séculos atrás, com os quais não havia muitos cuidados, para uma cultura em que a vida de uma criança é priorizada (ARIES, 1978).

Por isso, no caso do trabalho com a morte de crianças, o choque é ainda maior, já que a morte é ainda mais prematura e, como no caso de todos os membros da comissão entrevistados, há um processo de empatia. Isso porque todos os entrevistados também tinham filhos, o que afeta a vivência desse tipo de protocolo, em especial (SALLUN, et. al, 2011).

É perceptível um sentimento de angústia na fala da enfermeira. O processo dependerá de muito investimento e gera sofrimento tanto para a família quanto para quem trabalha com o paciente, que, inserido nesse processo, entende que a doação de órgãos é a melhor coisa a ser feita pelo paciente e pelos familiares. Além do desgaste, que é gerado a partir da atuação com o paciente morto, ocorre a necessidade de se preocupar com a aceitação da família. Caso o paciente não aguentar até o final, o sentimento de frustração pessoal da equipe deverá permanecer em segundo plano e a preocupação será em administrar as manifestações da família que foi convencida a doar os órgãos. Há sobre os profissionais uma dupla responsabilidade nesse momento, pelo corpo e pela família do morto.

Na fala da médica, que se apresenta a seguir, é possível notar a dimensão que o trabalho com uma criança em morte encefálica pode ter, uma vez que passou a ser comentada entre os profissionais que deveriam estar preparados para isso.

“De vez em quando, quando é um paciente muito jovem, a gente teve criança recente. Eu até não participei do processo, mas eu imagino que deve ter sido bem difícil. Era uma criança de um ano e meio a dois anos, eu não tenho certeza, mas eu soube da dificuldade dos colegas, porque ninguém queria dar o diagnóstico... Ninguém queria fazer o diagnóstico, né? Por justamente se tratar de uma criança! Eu sei que a família acabou doando tudo, o processo deu certo, mas eu acho que a maior

dificuldade é essa. Dependendo da situação da família, de como a pessoa chega até nós, é duro.

O diagnóstico em si, você dizer que alguém está morto, não é fácil...

Mas a morte encefálica tem muita coisa, você dizer: ah, olha, não funciona mais teu cérebro! Mas como? Bate o coração, tem pressão, eu pego nele e ele está quente...

Como é que é isso, que ele está morto? E eu acho justo, as pessoas não são obrigadas a saber disso, então, na hora de falar, os questionamentos aparecem..."

Diagnosticar a morte encefálica de uma criança, mesmo sendo difícil, conforme apontado pela médica, é obrigatório. Isso irá ocorrer em todos os casos, havendo ou não a possibilidade de realizar a doação de órgãos (PARANÁ, 2014, p.06).

Sendo assim, mesmo com toda a complexidade envolta ao problema e dificuldade médica em agir como “juiz” – conforme a analogia utilizada por Macedo (2008) –, o trabalho deverá ser realizado, diagnosticando a morte de adultos e também de crianças. Isso porque, é exigido pela central de notificações o boletim médico diário da UTI, onde irão constar as informações sobre o quadro clínico do paciente, incluindo a questão neurológica.

Novamente, é perceptível a dificuldade do médico em admitir a morte, que é assimilada como uma falha. A família depositou nele a confiança, que é dispensada aos médicos, que, dentro do processo de biopoder, ocupam situação superior a outros profissionais que atuam no mesmo local. Só ele pode dar diagnósticos desse nível, receitar tratamentos, atestar a morte. Recai sobre ele esse encargo, que, por um lado, o posiciona em um nível superior, como o profissional mais importante, mas, por outro, o torna responsável por informar a família do óbito e, no caso da morte encefálica, desligar os aparelhos.

5.3 NÃO DEPENDE DE NÓS! AS INFLUÊNCIAS EXTERNAS QUE DIFICULTAM O PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA

Bastaria todas as questões que já foram demonstradas aqui para descrever como o protocolo ocorre, mas isso deixaria de fora algumas questões que também são importantes e influenciam no andamento do processo.

A abordagem da pesquisa foi sobre a CIHDOTT, mas há uma vasta gama de outras questões que se conectam ao processo e influenciam no resultado do trabalho dessas pessoas, membros da comissão.

Por isso, esse último tópico é dedicado a apresentar as frustrações e pressões intrínsecas no processo, que vão além da abordagem familiar. Para que fique mais claro do que se trata, apresentamos a fala da enfermeira chefe:

“Existe casos que a gente inicia, mas uma das coisas é o paciente não suportar, vai a óbito. Outras, às vezes, atrapalha porque quando a gente notifica, a gente já encaminha para a central uma amostra sanguínea e tal, para fazer todos os exames, aqueles que a gente não consegue fazer aqui, no nosso município.

Às vezes, chega lá e é um HIV, é alguma coisa relacionada, então, não consegue.

Desconhecido, a gente não consegue dar continuidade, a gente tem um período, a partir do momento que a gente notifica, vinte e quatro horas para conseguir localizar um familiar ou coisa assim. Se não conseguir encontrar alguém da família, não consegue dar continuidade, com desconhecido não tem como.

Por mais que a gente encontre um familiar do desconhecido, tem que ser próximo, por exemplo, um pai ou mãe, se for um tio não pode para liberar essa doação. Diferente, assim, se era o tio que era responsável, o pai e a mãe morreram, aí consegue.

Se a gente não conseguir localizar esse responsável, a gente não consegue fazer nada. Indígenas, com isso a gente tem um pouco de dificuldade. A gente já teve dois casos assim, sabe?

Então é todo um trâmite diferente que a gente tem que buscar, precisa de uma autorização da FUNAI e tal, então, é bem mais complexo...

E eles são muito resistentes. A gente tem uma dificuldade, porque eles entendem tudo, você fala, fala, fala... Para nós, eles entenderam, entendeu?

Mas, no final, eles não entenderam nada, então, é bem complicado. São esses casos assim que impedem de a gente dar continuidade. Mas questão de parte física, suporte, pessoas sempre têm disponível [...]”

“[...]E também, a única coisa que a gente tem dificuldade é a nossa hemodinâmica, que todo mês ela consegue estragar, e é bem no dia que a gente está em protocolo de morte encefálica. Mas não deixa cair não!

Teve dois casos já, um foi nessa questão da arteriografia, que a gente não tinha aqui em Guarapuava.

Até então, a gente não tinha esse profissional, que está vindo de Ponta Grossa agora. Curitiba não tinha também, a Central não conseguiu localizar nenhum profissional que viesse para cá, em Campo Largo a gente tinha até uma vaga para a gente encaminhar esse paciente.

Porém, se a gente encaminhasse, ele não conseguiria chegar até lá, ele estava bem instável, então, a gente acabou parando o protocolo. E também teve um caso que, devido ao tempo, devido a não ter esse suporte de aeroporto, suporte aéreo, a gente acabou parando o protocolo, porque, se não me engano, era outro estado, se não me engano de Mato Grosso, o receptor que ia receber o órgão e não se ter tempo de chegar até Curitiba, depois ir para Brasília e depois para Mato Grosso esse órgão. ”

Um possível doador levantará a possibilidade de executar um processo, que terá um fim de melhor administração para a equipe. Doando os órgãos, não é necessário se preocupar em desligar os aparelhos, a finalidade do corpo será suficiente

para substituir os sentimentos negativos de impossibilidade diante da constatação da inevitabilidade da morte.

É com isso que se deparam o tempo todo esses profissionais, e sua atuação será influenciada pelos seus sentimentos. Uma alternativa de fuga aparece na doação, o que gera um sentimento de pesar quando é constatado que aquele paciente não poderá ser útil para isso. Novamente, é necessário trabalhar com a perda e a impotência diante do imprevisível. Questões que não são contempladas pelos protocolos técnicos, que excluem a especificidade de cada caso. Todo paciente carrega consigo uma história de vida e morte, que deverá ser administrada por esses profissionais que tem suas próprias histórias.

Um paciente que entra no hospital precisa de identificação, o paciente “desconhecido” é aquele não possui condições de verbalizar sua identificação e não possui qualquer documento que indique a sua origem. Nesses casos, compete ao Serviço Social do Hospital buscar por informações a respeito do paciente, o que nem sempre é possível. Em casos assim, quando não há solução, o corpo é enviado para IML para que seja identificado (FREITAS, 2007).

Esse paciente tem sua história de vida negada, o que facilitaria o processo de administração do seu caso. Ninguém sabe ao certo sua origem, desconhece sua família e seus vínculos. Por isso, trabalhar com esse paciente poderia ser mais fácil. Mas quem tem o poder sobre o corpo desse paciente será sempre a família, mesmo que desconhecida. Assim, é impossibilitada a ação dos médicos e enfermeiros com ele.

Além da dificuldade com os casos de pacientes desconhecidos, é relatada a dificuldade com pacientes indígenas. Próximo à cidade, há um grande território pertencente a uma comunidade indígena, que trafega pela BR e vende seus artesanatos. Basta uma busca rápida pela internet para verificar que acidentes com vítimas indígenas são frequentes na região. Com isso, essas vítimas acabam sendo encaminhadas para Guarapuava, que é a cidade mais próxima que conta com a melhor infraestrutura para atendimento.

Não há um protocolo diferenciado para indígenas, dessa forma, a abordagem também deverá ser feita com os familiares desses pacientes. O que já é compreendido entre os membros da comissão é que, devido a questões culturais, a abordagem não resultará em doação de órgãos.

Também é apontado para outra questão que interfere no protocolo, uma delas em relação ao maquinário necessário para realizar um exame de imagem. O setor

de hemodinâmica é localizado nas dependências do hospital, onde é realizado o exame de arteriografia que foi apresentado anteriormente. Mas, nem sempre, a máquina está disponível. Com isso, para que o protocolo seja encerrado, é necessário a vinda de um profissional de outra cidade para realizar um exame no paciente.

Esse era o processo que estava sendo vivenciado no período em que a pesquisa foi realizada, sendo necessário vir um profissional da cidade de Ponta Grossa (PR) para realizar outro exame com o paciente, o doppler transcraniano.

Essas situações geram um sentimento de frustração, conforme vemos a seguir:

“Eu fico chateada quando não dá certo, realmente. Eu acho que todos têm isso, porque a gente trabalha muito em cima disso, a gente vem fora de horário, né? Fora de expediente, a gente não ganha para fazer isso. Então, assim, tem várias coisas que a gente está fazendo em benefício do próximo, em benefício da família do paciente e, quando não dá certo, eu fico bem chateada. Aí, vem aquela história de que a gente ficou três, quatro dias, só fazendo isso, vindo de madrugada, atendendo telefone, não dormindo... Mas é esse o nosso trabalho, a gente aceitou entrar nessa comissão. Então, a gente faz, mas a gente fica muito chateada quando não dá certo.”

A ausência de consciência da possibilidade de interesses do Estado em relação aos procedimentos realizados pode ser constatada na narrativa acima. Trabalha-se em benefício do próximo, ao menos, é isso que é pensado. Então, a enfermeira que seguirá os protocolos ainda estará convicta que a finalidade é sempre boa. Está inconsciente do jogo de interesses ao qual ela pode estar submetida.

Não há como questionar que oferecer a alguém a possibilidade de cura é positivo, mas isso não descarta o fato da existência de um cadáver vivo que será fragmentado, o que torna difícil a compreensão dos lineares existentes entre os interesses capitalistas e a boa vontade dos profissionais que estudam para trabalhar, sem saberem desse processo.

O trabalho realizado pela comissão, como mencionado anteriormente, é voluntário e recai sobre eles muitas responsabilidades, que iniciam no processo denominado “busca ativa”, que é quando é realizada uma análise do quadro clínico dos pacientes para verificar a possibilidade de ele vir a ser um “potencial doador” (PARANÁ, 2014).

Uma das enfermeiras entrevistadas justificou a importância da busca ativa:

“Todo mês a gente tem que entregar relatórios para a Central, de todos os óbitos do hospital. A gente tem que passar eles: ah! Teve 90 óbitos. Desses 90 óbitos, quantos foram notificados para M.E? Quantos foram, quantos não foram? Por que não foi notificado?”

E isso assim, é tempo, é coisa que a gente precisa ter essa equipe para, no final, dar certo. Para o hospital não ser penalizado [...]

[...] Existe o programa do SUS, que é o HOSPSUS. E lá tem uma porcentagem que a gente tem que atingir.

A parte de notificação de M.E e globo ocular, a gente tem uma pontuação de 800 pontos, isso equivale a 80 mil reais. Ou seja, a gente trabalha em cima disso, buscando o dinheiro.

Só que o dinheiro vem para hospital, não para a CIHDOTT.

O hospital é penalizado... A gente tem duas avaliações, a trimestral e a mensal. A mensal é do POA, também conta, mas não tanto; a do HOSPSUS conta mais. Então, a gente é penalizado, é descontado pontos”.

É perceptível que há uma pressão externa que influencia na realização dos protocolos, para que o hospital não seja penalizado. Os processos de avaliação, estipulados pelas políticas de saúde, objetivam o controle do que ocorre nos hospitais. Porém, a falha nos processos não é vista apenas como uma falha hospitalar, é também uma falha dos profissionais que executam as atividades dentro dessa estrutura, como os enfermeiros e médicos, que, mesmo que não compactuem com o que é imposto, serão obrigados a seguir os procedimentos.

Um dos membros da comissão, em uma de suas falas, traz uma possível justificativa para isso:

“Porque senão, vai acontecer o que sempre aconteceu: ele é só mais um paciente em coma dentro da UTI, entendeu? Ah! É um paciente grave, ele teve aí um derrame, tudo, não tem prognóstico, é muito ruim mesmo, mas aí você vai consumir.

De repente, ele entrou em diagnóstico de morte encefálica hoje e se eu mantiver o cuidado dele bonitinho, ele vai, às vezes, três ou quatro dias, entendeu?”

Então, assim, são três ou quatro dias de custo que ele vai exigir. São três ou quatro dias de consumo com uma equipe, com um paciente grave, que vai existir.

Então, essa é a primeira coisa. A segunda é que, quando você está atento, é mais fácil de você ajudar até um paciente que não está em morte encefálica, que, realmente, tem algum prognóstico. Normalmente, são pacientes graves, mas que você consegue dizer: bom, a gente suspeitava, mas ele não está!

Então, se esse paciente tiver uma parada cardíaca, ele é um paciente que tem potencial, porque às vezes eles se misturam, dependendo da gravidade.

Então, esse aqui é um paciente que tem potencial, ele vai ser reanimado, ele vai ser investido em tudo que deve.

Porque, às vezes, para uma, duas, três vezes... Você vai reanimar se for um paciente jovem!

Agora, você diz: bom, ele está em morte encefálica, não é um potencial doador, porque

sei lá, ele é HIV positivo, então, por que você vai reanimar uma pessoa que já está morta 3 vezes? Isso faz diferença”.

Nota-se a existência de algumas possíveis justificativas para o diagnóstico, além da doação de órgãos. Primeiro, a questão do custo de manter um paciente em morte encefálica com suporte de UTI. Nesse momento, nitidamente, a pessoa passa a ser observada pelo valor financeiro que ela custará ao Estado.

A segunda questão é o próprio desgaste que demanda da equipe, pois, um paciente em morte encefálica irá exigir um acompanhamento intenso e não se pode esquecer que isso será considerado inútil, já que, pelas exigências do protocolo, ele estará morto. Assim, o pensamento pode ser traduzido em: desperdiçar o tempo em cuidar de um cadáver. Não haverá melhoras e o protocolo já está definido. O paciente está “morto 3 vezes”, ou seja, morreu por ter uma parada cardíaca, morreu por ser portador de HIV e também pela morte encefálica, além disso, também é descartável por não ser útil para mais nada. E é essa a terceira questão, a impossibilidade desse paciente ter uma reversão do seu quadro clínico e seu corpo ser mantido em funcionamento sem uma finalidade.

Vemos como o processo de reanimação cardíaca também se apresenta como um avanço tecnológico, que influencia na vida e na morte. Ele surge como uma possibilidade de trazer novamente à vida quem já estava morto. Será uma atribuição médica a decisão de fazer isso ou não, mesmo havendo protocolos para essa determinação, é o médico quem dará a cartada final.

O que pode gerar conflitos entre sentimentos e necessidade de ação, com um paciente cujo corpo não oferece mais possibilidades de vida, sendo reanimado várias vezes por um médico, que tem dificuldades em administrar a perda dessa vida, isso ocorre, principalmente, em caso de pacientes jovens (MONTEIRO, 2015).

Os pacientes que se misturam assim são, também, pela negação da sua individualidade que ocorre a partir do momento em que são internados. Nesse trabalho, já foi descrito o ambiente de UTI, que irá manter todos de forma uniforme, onde suas individualidades serão resumidas ao seu “Prontuário Médico”, que é onde serão documentadas todas as ações desenvolvidas com ele, sua reação, seus exames. Porém, não haverá história de vida, apenas informações técnicas, que o manterão afastado de sua humanidade, o que pode ser uma tentativa de aliviar a carga de quem, necessariamente, seguirá os protocolos para trabalhar com ele. Ao desconhecer sua

história, será possível manter um afastamento ou, pelo menos, tentar manter um afastamento dos seus sentimentos, que sempre estarão presentes, mesmo na execução de processos previamente determinados.

Mesmo com todo o empenho da atividade voluntária exercida pelos membros da comissão, o trabalho com um paciente em morte encefálica é imprevisível. Conforme já foi citado no caso da criança, há sempre o risco de as funções vitais do corpo do cadáver encerrarem antes que o processo seja concluído, questão essa que deixam apreensivos os membros da comissão e familiares:

“Já aconteceu de a gente estar em andamento, a gente ter conversado com a família e de repente o paciente para.

A gente tenta investir, tenta reanimar e tal, mas não tem o que fazer.

A gente chama a família, conversa e tal, na hora que a gente está passando, está abordando, já está oferecendo a doação. A gente já coloca todos esses pontos, né?

Que assim, no momento está estável, mas corre o risco de não dar tempo, né? Se eles aceitarem...

Explica todo o trâmite que tem lá fora, que não é aqui...

Isso tudo depende da Central, depende de outros profissionais para realizar essa captação. Como vai para outros estados, como está no ranking, às vezes, demora um pouquinho e até mesmo a gente tem uma grande dificuldade com o tempo, né?

Porque eles vêm de avião, o avião é pequeno, porém, o nosso aeroporto de Guarapuava é muito simples, não comporta um avião maior.

Quando está chovendo, neblina e tal, é bem difícil. Então, a gente fica “brincandinho” e, às vezes, leva vinte e quatro horas esperando melhorar, esperando a chuva passar e nisso é o tempo que a gente pode perder esse paciente.

É adrenalina, é bem complicado. Já teve um caso que eles vieram de avião, mas quando eles chegaram aqui começou a chover forte e não tinha como eles retornarem de avião, aí, eles foram de carro, sabe?

Mas aí, alguns órgãos já não foram captados devido a não dar tempo. O avião eles têm quarenta, cinquenta minutos, e eles já estão em Curitiba.

De carro, são quatro a cinco horas, dependendo de como está o trânsito. Às vezes, você pega um acidente, alguma coisa na BR e é quatro, cinco ou seis horas, e aí você perde esse órgão.

Então, eles optam por nem tirar. A gente quer que der certo...

A nossa função é ajudar o próximo, então, a gente quer que dê certo de toda maneira...

Ainda mais quando a gente tem uma aceitação mais fácil e, ultimamente, a gente tem bastante resistência...

Quando é o pessoal mais do interior, eles não entendem. Então, eles vêm com a cultura deles de que: aí, meu pai, meu filho, nasceu assim, vai morrer assim!

Porque tem toda, assim, uma cultura, e a gente tem bastante dificuldade.

Às vezes, aquele que foi mais dificultoso e a gente consegue passar para eles e eles aceitam. E a gente fica nessa angústia que dê certo. Para mim, eu sinto que isso é bem desgastante.

Depois que passa o processo, que você volta a respirar normal, mas a gente fica bem tranquilo, que sabe que está indo, que vai ajudar outras pessoas...

Até para família, eu penso que é um conforto para eles. No momento ali, às vezes, eles

não param para pensar. Mas, depois, eles até ligam, mandam e-mail agradecendo, perguntando como que estão as coisas.

Eles têm essa ligação com o hospital, com nós da CIHDOTT, a equipe e a maioria, depois que passa, que eles vão para casa e é aí que eles começam a entender que eles não têm mais aquele ente querido, eles se confortam com isso. Então isso é bem bacana, né?”

Primeiro, é necessário explicar o que significa dizer que o paciente “para”. Isso indica que, mesmo com os esforços da equipe, às vezes, o corpo do paciente não reage como esperado durante o processo. Um paciente que “para” é alguém que teve uma parada cardíaca. Com isso, mesmo que eles consigam reanimar o paciente – através do desfibrilador²⁰ -, um órgão já está perdido. O coração que recebeu choques não será mais utilizado para um transplante.

Dando sequência, explicamos sobre a dificuldade geográfica. A cidade de Guarapuava não conta com um aeroporto bem estruturado, não há voos comerciais. Além disso, é uma cidade de clima chuvoso, o que interfere na disponibilidade para pousos e decolagens em seu pequeno aeroporto²¹.

Com isso, além da possibilidade de o paciente não aguentar até que o protocolo esteja pronto, há as dificuldades relacionadas ao processo de coleta e distribuição dos órgãos. Para isso, uma equipe externa é deslocada para o hospital, há nela profissionais que se responsabilizam, cada um, por um órgão.

Aqui cabe lembrar da fala da enfermeira chefe e da médica, que relataram a dificuldade em desligar os aparelhos e, nesse caso, o alívio causado pela possibilidade de não se preocupar com isso, acaba sendo substituído pela angústia gerada pelos fatores externos que podem influenciar negativamente e obrigar o médico a realizar o processo. Por outro lado, também há uma expectativa para que o corpo do paciente aguente até a chegada da equipe de coleta de órgãos.

Depois da retirada do órgão do paciente, inicia-se outra corrida contra o tempo, pois há também um tempo de vida curto para os órgãos fora do corpo. No caso do coração e pulmão, sua retirada do cadáver deve ser quase que simultânea, pois são os órgãos mais sensíveis, não sendo possível que sejam transplantados após o tempo máximo de quatro horas.

No caso do pâncreas, sua durabilidade é de até seis horas. Fígado, o

²⁰ Aparelho que produz uma descarga elétrica, utilizado para reanimação de pacientes em parada cardíaca. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/exames-e-procedimentos/570517/desfibrilador+o+que+e+como+usar+por+que+usar.htm>>. Acesso em 08 de fev. 2016

²¹ Informações disponíveis em: <<http://www.guarapuava.pr.gov.br/turista/sobre-guarapuava/>>. Acesso em 28 jan. 2016.

prazo é de vinte e quatro horas; rins duram entre vinte e quatro e quarenta e oito horas. As córneas são mais resistentes, sendo possível realizar o transplante em até quatorze dias²².

Após a realização do procedimento de retirada dos órgãos, a família, que aguardou vários dias até que o processo fosse concluído, pode finalmente realizar o processo fúnebre. O corpo do paciente é entregue reconstituído, não ficando aparente a retirada dos seus órgãos (PARANÀ, 2014).

Depois desse exaustivo processo, a comissão também descansa, até que outro potencial doador seja identificado, o que, como todo o processo descrito nesse item, não há previsões de quando possa ocorrer.

²² Informações disponíveis em: <http://www.saude.ba.gov.br/transplantes/index.php?option=com_content&view=article&id=263&catid=15&Itemid=144>. Acesso em 29 jan. 2016.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse trabalho, foi apresentado como os profissionais descrevem o processo que vivenciam em sua prática de trabalho. É possível realizar várias análises a partir dos dados, obtidos através da fala dos atores envolvidos nesse processo, o que oferece uma real possibilidade de contribuição para discussões relacionadas a temática.

A presença da fala desses atores sociais, carregada de emoções e possibilidades de interpretações, demonstram o quanto a realização de um estudo de caso, com a aproximação de uma abordagem etnográfica, pode contribuir para a compreensão de questões culturais da execução de trabalhos médicos. Além de aproximar o leitor de uma realidade que, possivelmente, só terá acesso em três casos: sendo um paciente, tendo algum familiar internado ou sendo um profissional da área médica.

Por isso, desde o início da apresentação desse trabalho, buscou-se focar em detalhes, como a descrição do ambiente de UTI, favorecendo a aproximação do tema para quem, felizmente, nunca precisou participar desses processos, carregados de sentimentos que nem sempre podem ser bem administrados.

No decorrer do primeiro capítulo, as informações expostas possibilitaram compreender os aspectos históricos que influenciam para que a morte encefálica seja uma questão tão complexa. Temos uma abordagem sobre uma morte conflitante, que só é possível graças aos avanços tecnológicos e mudanças sociais que se apresentam nos dias atuais e geram dificuldades. Já no segundo capítulo, ficou clara as diferenças entre as percepções das enfermeiras e da médica sobre a realização do mesmo procedimento. Enfermagem mantém um olhar mais aguçado para a procura dos possíveis pacientes, o que ocorre desde a entrada do mesmo no hospital.

Nota-se também, através da explanação desse capítulo, a presença de questões intrigantes relacionadas ao protocolo, como a dificuldade dos profissionais em trabalhar com a morte. Também é perceptível as evidências da presença de uma relação de biopoder, voltada ao acesso e controle do paciente, que perde sua individualidade, sendo submetido aos protocolos hospitalares, mesmo que esses não sejam aquilo que ele ou a família desejam.

No terceiro capítulo, fica evidente as angústias geradas por situações que não se podem controlar durante o protocolo, como as condições climáticas ou o óbito

do corpo do paciente. Vale ressaltar que algumas questões que surgiram ao longo dessa pesquisa, como o exemplo da dificuldade em desligar os aparelhos e de diagnosticar a morte encefálica de uma criança, apresentam-se como ponto de partida para a continuidade das pesquisas relacionadas ao protocolo de morte encefálica.

Observamos, no decorrer dessa dissertação, que a morte encefálica é conflitante, tanto para os profissionais da área da saúde quanto para os familiares, que permanecem em um processo de poder, ora favorecendo equipe hospitalar, enquanto o ente está hospitalizado e vivo, posteriormente, passando o poder para a família, que é dona do cadáver e irá decidir o que será feito com ele.

A presença de um ser, que tem seu corpo mantido em funcionamento, mas que está morto, seguindo nessa situação apenas com a finalidade de ser útil, demonstra a necessidade de se repensar quais são os limites e objetivos do processo. Será válida a máxima de que “os fins justificam os meios”?

Se, nessas condições ele passa a ser chamado de cadáver, indica que deixou de ser alguém, torna-se realmente alguma coisa, um objeto. A impossibilidade de atividade cerebral o torna inútil para qualquer atividade. Devido a impossibilidade desse paciente manter seus sinais vitais sozinho, ele passa a ser considerado um peso, um gasto. Com isso, é necessário encontrar um meio de fazer com que ele deixe de ser um gasto. Nesse sentido, o protocolo de morte encefálica apresenta a face não tão bonita quando a do discurso de “doação de vida”.

Isso por que, estamos falando de um processo doloroso e traumático, que provoca tanto nos familiares, quanto nos profissionais, uma situação desgastante e conflitante. A “doação de vida”, propagadas nas campanhas, na verdade consiste na fragmentação de uma pessoa, que perdeu sua identidade a partir do momento em que foi declarado morto. E até que o processo seja concluído, serão horas desgastantes de espera até para corpo seja liberado para os rituais fúnebres. Para os profissionais o desgaste inicia a partir do momento em que eles são obrigados a realizar essa atividade.

É compreensível o discurso de que, sem a obrigatoriedade, os profissionais não querem fazer o processo. Mas, isso acontece por qual motivo? Será que eles não acreditam no que estão fazendo? Talvez aponte para a necessidade de se repensar a abordagem sobre a morte nos cursos de graduação que focam nas técnicas de como salvar vidas.

O paciente nessas condições provoca tanto nos familiares quanto nos profissionais do hospital, a necessidade de confronto com algo que visualmente não

corresponde à realidade. Ele respira, está quente, mas está morto. Talvez um dos exemplos mais claro de como os avanços tecnológicos influenciaram na forma com que vivemos e morreremos. É também um exemplo dos conflitos que isso pode gerar.

Nesse processo, as reconfigurações do poder sobre o corpo – biopoder (FOUCAULT, 2009) – demonstram que isso não é um processo linear, mas, em todo momento, há a presença de controle baseado nas instituições criadas pelo Estado, seja família ou de políticas públicas e seus protocolos que determinam as ações da comissão interhospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes, a CIHDOTT.

A instituição de protocolos que determinam as ações não abrange a imprevisibilidade que permeia o trabalho com a vida e a morte nos hospitais. Desconsidera sentimentos e cultura que irão influenciar nas ações, além da impossibilidade de controlar o corpo de um cadáver, que pode “parar” a qualquer instante e as condições externas, como o clima, que poderão simplesmente não favorecer a execução dos mesmos.

Além disso, muitas dúvidas que já existiam sobre o tema se intensificaram, outras foram sanadas durante a realização da pesquisa. Uma delas está relacionada a motivação dos profissionais que compõem a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de órgãos e Tecidos, ao menos, no caso da comissão do hospital em que se realizou a pesquisa, que, através do que foi verbalizado, realiza o procedimento pela necessidade do hospital, para que não perca verbas. Também pode ser apontada como uma fuga do sentimento de fracasso advindo da morte dos pacientes.

Dessa forma, foi possível contemplar os objetivos do trabalho, descrevendo o processo de acordo com a perspectiva de quem o executa, além de apontar como os avanços tecnológicos influenciam para a temática e apresentar um material suficiente para que seja considerado uma contribuição de caráter qualitativo para as discussões sobre um assunto tão pouco abordado com essa perspectiva.

Encerramos esse trabalho com a certeza da urgência em que mais pesquisas de caráter qualitativo busquem realizar estudos sobre os processos que permeiam a temática onde há no centro um “cadáver vivo”. Pois, trata-se de uma questão que influencia diariamente de forma direta na vida de familiares de um doador de órgãos, dos funcionários dos hospitais e dos receptores de órgãos.

Discutir sobre a questão é fundamental para chegar-se em um consenso sobre os reais interesses, motivações, dificuldades e sobre a questão ética que envolve a

manipulação desse corpo. Para que, assim, possam ser pensadas ações que contribuam para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

É válido ressaltar que a morte encefálica nasce do acaso, do qual estamos todos sujeitos. Com isso, a sua urgência também é compartilhada por todos nós, que não podemos prever quando nosso envolvimento poderá ser não mais enquanto análise de um fenômeno, mas sim como parte dele.

7. REFERÊNCIAS

- ARENDDT, Hannah, "**Trabalho, obra, ação**". Tradução portuguesa de Adriano Correa. Disponível em: <<https://bibliotecadafilo.files.wordpress.com/2013/10/arendttrabalho-obracao.pdf>> Acesso em 01 fev. 2016
- ARIÈS, Phillippe. **História social da infância e da família**. Tradução: D. Flaksman. Rio de Janeiro: LCT, 1978
- ARIÈS, Phillippe. **O homem perante a morte**. II. Lisboa: Publicações Europa-América, 1977.
- BENDASSOLLI, Pedro Fernando. Doação de órgãos: meu corpo, minha sociedade. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 11, n. 1, p. 71-92, 1998. Disponível em: <http://www.researchgate.net/profile/Pedro_Bendassolli/publication/26362058_Doao_de_rgos_meu_corpo_minha_sociedade/links/0fcfd514323182a17f000000.pdf> Acesso em: 18 mai.2015
- CORRÊA NETO, Ylmar. Morte encefálica: cinquenta anos além do coma profundo. **Revista Brasileira de Saude Materna e Infantil**, Recife , v. 10, supl. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16/06/2015.
- DANNER, Fernando. O sentido da biopolítica em Michel Foucault. **Rev Estudos Filosóficos**, n.4 p. 143-57, 2010. Disponível em: <<http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistaestudosfilosoficos/art9-rev4.pdf>> Acesso em 28 jan. 2016.
- ELIAS, Norbert. **A Solidão dos Moribundos: falando abertamente sobre a morte**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009.
- FREITAS, Adalina Duarte; et.al. PERDA DA IDENTIDADE CIVIL: O RESGATE À CIDADANIA. **Revista Serviço Social & Realidade**, Franca, 16(2): 11-21, 2007.
- FELIÚ, Ximena. ENFRENTANDO A MORTE: A EXPERIÊNCIA DE LUTO EM FAMÍLIAS DE DOADORES DE ÓRGÃOS E TECIDOS. **Monografia do Curso de Aprimoramento Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto**; 4 ESTAÇÕES INSTITUTO DE PSICOLOGIA, SÃO PAULO, 2009. Disponível em: <http://www.4estacoes.com/pdf/publicacoes/monografia_ximena_feliu.pdf> Acesso em 08 fev. 2016.
- GIACCOIA JÚNIOR, Oswaldo. A visão da morte ao longo do tempo. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 38, n. 1, p. 13-19, 2005. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2005/vol38n1/1_a_visao_morte_longo_tempo.pdf> Acesso em: 19 jul. 2015

KAUFMAN, Sharon R.; MORGAN, Lynn M. **The anthropology of the beginnings and ends of life. Annual Review of Anthropology**. 34, p. 317–41, 2005. Disponível em: <<https://programadssr.files.wordpress.com/2013/05/the-anthropology-of-the-beginnings-and-ends-of-li>> Acesso em: 25 jun. 2015

LIMA, Vanessa Rodrigues; BUYS, Rogério. Educação para a morte na formação de profissionais de Saúde. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 3, 2008. Disponível em: < <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/220>> Acesso em 22 jun. 2015

LOCK, Margaret. **Twice Dead – Organ Transplants and the Reinvention of Death**. California: University of California Press, 2002.

MACEDO, Juliana Lopes de. A subversão da morte: Um estudo antropológico sobre as concepções de morte encefálica entre médicos. 2008. 173 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – **Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre.

MENEZES, Rachel Aisengart. Tecnologia e "Morte Natural": o morrer na contemporaneidade. **Physis [online]**. 2003, vol.13, n.2 [cited 2015-06-26], pp. 367-385 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312003000200008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1809-4481 Acesso em 20 mai. 2015

MONTEIRO, Daniela Trevisan, Et. Al. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**; 2015, v.12 n.2. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/17658/13055>> Acesso em 18 jan. 2016.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. **Manual para notificação, diagnóstico de morte encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos/Central Estadual de Transplantes**. Curitiba: CET/PR, 2014.

PESSOA, João Luis Erbs; Et. al. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. **Acta paulista de enfermagem.**, São Paulo, v.26, n.4, p.323-330, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Fev. 2016.

ROCHA, Ana Luiza Carvalho da; ECKHERT, Cornélia. **ETNOGRAFIA: SABERES E PRÁTICAS. Ciências Humanas: pesquisa e método**. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2008.

SALLUM, Ana Maria Calil; et. al. Morte encefálica em crianças: subsídios para a prática clínica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2011 mai-jun; 64(3): 600-4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a28.pdf>> Acesso em 23 jan. 2016.

SANTOS, Marcelo J. dos; MASSAROLLO, Maria Cristina K. B. Processo de doação de órgãos: Percepção de Familiares de doadores cadáveres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n.3, maio-junho, p.382-387, 2005.

SILVA, Paulo Rodrigues da. Transplante cardíaco e cardiopulmonar: 100 anos de história e 40 de existência. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto , v. 23, n. 1, p. 145-152, Mar. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382008000100027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jun. 2015.

TORRES, Wilma Costa; GUEDES, Wanda Gurgel. A negação da morte e suas implicações na instituição hospitalar. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 102-111, 1984.

VARGAS, Mara Ambrosina; RAMOS, Flávia Regina Souza. A morte cerebral como o presente para a vida: explorando práticas culturais contemporâneas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15, n. 1, p. 137-145, Mar. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso 01 Fev. 2016.

ZIEGLER, Jean. **Os vivos e a morte**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

ANEXOS

Em ordem:

NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR E MORTE ENCEFÁLICA

(Para legalizar o processo e controlar todas as informações necessárias para decidir se ele poderá ser ou não um doador. As primeiras oito páginas são preenchidas pela comissão. As duas últimas, onde consta “RELATÓRIO DE RETIRADAS DE ÓRGÃOS E TECIDOS”, serão preenchidas pela equipe externa que vem ao hospital retirar os órgãos do cadáver.)

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

(Documentação que atesta o óbito em decorrência da morte encefálica, será preenchido logo após a finalização dos exames, com o diagnóstico de imagem, conforme explicado no decorrer do trabalho.)



Central
Estadual de
Transplantes

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA - CRM - PR
Res. CFM nº. 1480, de 8/8/1997 Res. CRMPR nº. 82, de 05/10/1999



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

Identificação :

Nome: _____ Registro: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: M F RAÇA: B N A P
Pai: _____ Mãe: _____
Hospital: _____

Diagnóstico :

Instalação De Lesão Encefálica Data: _____ Hora: _____
Constatação De Coma Não Responsivo Data: _____ Hora: _____
Confirmação Diagnóstica Da Lesão Data: _____ Hora: _____
Tipo De Exame Confirmatório _____
Diagnóstico Definitivo (causa) _____

Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame :

Hipotermia < 32°C SIM NÃO
Uso de drogas depressoras do SNC SIM NÃO

Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

Resultados dos exames clínicos :

	1º Exame		2º Exame	
	DATA: ____/____/____		DATA: ____/____/____	
	HORA: _____ - _____		HORA: _____ / _____	
Coma aperceptivo não responsivo	Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/>	
Pupilas fixas e não reativas	Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/>	
Ausência de reflexo córneo-palpebral	Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/>	
Ausência de resposta óculo-cefálica	Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/>	
Ausência de respostas às provas calóricas	Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/>	
Ausência de reflexo de tosse	Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/>	
Apnéia (estado clínico de apnéia)	Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="radio"/> Não <input type="checkbox"/>	

Resultado do Teste de Apnéia :

DATA: ____/____/____ INICIAL pCO2 _____ pO2 _____ POSITIVO
RESULTADO NEGATIVO
DATA: ____/____/____ FINAL pCO2 _____ pO2 _____ INCONCLUSIVO

Médicos responsáveis pelos exames clínicos :

1ª. Etapa: Médico responsável: _____ CRM: _____
Endereço: _____ Fone: _____
Assinatura: _____

2ª. Etapa: Médico responsável: _____ CRM: _____
Endereço: _____ Fone: _____
Assinatura: _____

Observação: _____

Resultado dos exames complementares :

1º. Exame: Tipo: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____ : _____
Resultado: _____

Médico Responsável Laudo: _____ CRM: _____

2º. Exame: Tipo: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____ : _____
Resultado: _____

Médico Responsável Laudo: _____ CRM: _____

1ª Via CET/PR 2ª Via Hospital 3ª Via IML



**ANEXO IV
FORMULARIO
NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE
MORTE ENCEFALICA**



Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____ RGCT: _____ Nº Notificação: _____

Notificante: _____ Celular (____) _____
Hospital: _____ Fone (____) _____
Município: _____ UF: _____

Nome: _____
Dt Nasc.: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Cor: ____ Sexo: ____ Peso: ____ Altura: ____
CPF: _____ RG: _____ Estado civil: _____
Responsável: _____ Grau Parentesco: _____
Endereço: _____ Fone (____) _____
Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Diagnóstico: _____
Evolução Clínica: _____

UTI Adulto Pediátrica Cardíaca
Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____
Leito: _____ Observação: _____

Tempo de UTI _____ dias Sedação: Qual: _____
Temperatura _____ Suspensão: Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____
Intubado _____ dias Cirurgia(s): _____
Diurese em 24hs: _____ Diurese: _____ ml/Kg/hora PA: ____ X ____
Recebeu Sangue/Hemoderivados Hemocultura Positiva Germe Isolado: _____

Diabetes no doador Alcoolismo Insuficiência Coronariana DPOC
 em parente de 1º grau Hipertensão Hepatite tipo _____
Drogas Injetáveis Tatuagem Infecção local: _____
 Inalatorias Outros _____
 PCR Tempo: _____ min. Cardioversão: Sim Não
Cirurgia(s) prévia (s): _____

5) MEDICAMENTOS:

Tipo	ml/hora	Dosagem da Ampola	Nº de Ampolas	Volume de Soro Glicosado 5%	Início de Uso	mcg)(Kg)/min
Dopamina						
Dobutamina						



**ANEXO IV
FORMULARIO
NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE
MORTE ENCEFALICA**



Noradrenalina					
Tipo	Descrição				Data do Início
Antibiotico1					/ /
Antibiotico2					/ /
Antibiotico3					/ /

8) EXAMES - data e valores -

Data	/	/	/	Data	/	/	/
HB				TGO			
HT				TGP			
Leucócitos				Fosf Alc			
Bastões				GamaGT			
Plaquetas				Bil.Total			
Ureia				Bil.Direta			
Creatinina				FiO2			
Na				Ph			
K				PO2			
Glicemia				PCO2			
CPK				SatO2			
CK-MB				Lipase			
Amilase				Lactato			
PCR				ABO			

EXAME	RESULTADO	POSITIVO		EXAME	RESULTADO	POSITIVO	
		IgM	IgG			IgM	IgG
CHAGAS				HIV			
Anti-HCV				HTLVI-II			
HBs-Ag				TOXOPLASMOSE			
Anti-HBs				CITOMEGALOVIRUS			
Anti-HBc				SIFILIS			

7) EXAMES COMPLEMENTARES PARA DIAGNOSTICO DE MORTE ENCEFALICA

Arteriografia
 Eco Doppler
 Cintilografia
 Eletroencefalograma

8) OUTROS EXAMES REALIZADOS(isa necessários)

Tomografia
 RX Tórax
 Eco Cárdico
 Cateterismo
 Ecografia Abdominal *

*IMC>30, Etilismo, TGP>56U/L e TGO>40U/

MORTE VIOLENTA

Guia de Encaminhamento ao IML + Boletim de Ocorrência do Óbito
 Delegacia de Polícia Especifique:



ANEXO IV
FORMULÁRIO
NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE
MORTE ENCEFALICA

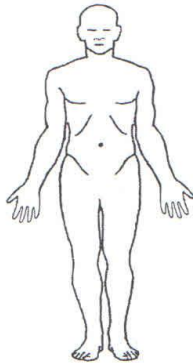


EXAME FÍSICO DO DOADOR

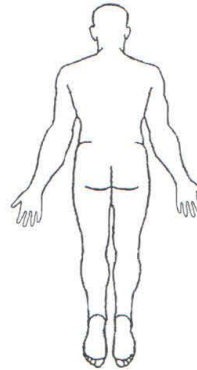
Nome completo do doador: _____

Responsável pela avaliação física:

Nome:	Cargo/Função:	Fone:
Assinatura:	Data:	



Colocar os números correspondentes
Aos achados de exame físico



HÁ EVIDÊNCIA DE:	SIM	NAO	Explique se sim ou se impossível visualizar
01 Cicatrizes cirúrgicas (especificar)			
02 Fraturas/ feridas / hematomas/escoriações			
03 Coloração amarelada de pele, mucosa, esclera (branco dos olhos)			
04 Alterações cutâneas(descrever)			
05 "Rash" cutâneo ou petéquias generalizadas			
06 Curativos / enfaixamentos			
07 Marcas de agulha não relacionadas ao uso médico (ver se não estão encobertas pelas tatuagens)			
08 Tubo orotraqueal /nasogástrico /sonda vesical			
09 Flebotomia/ intracath(acesso venoso)			
10 Lesões genitais e/ou perianais			
12 Fígado aumentado			
13 Nódulos linfáticos aumentados			
14 Placas brancas na boca (moniliase)			
15 Achado ocular anormal			
16 Boa higiene pessoal			
18 Tatuagens /piercing			
19 Gesso /aparelhos ortopédicos			
20 Tumores			
21 Outras lesões (descrever)			

CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANÁ

Rua Barão do Rio Branco, 465 – 1º Andar – Centro – Curitiba - CEP 80010-180 – Paraná - Fone: (41) 3304-1900 Fax: (41) 3304-1909
www.saude.pr.gov.br / e-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br



**ANEXO IV
FORMULÁRIO
NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE
MORTE ENCEFÁLICA**



HISTÓRIA MÉDICA E SOCIAL DO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Nome do Doador:		Data:
Nome do Entrevistado:		Fone:
Relação com Doador:		
Nome do Entrevistador:	Cargo/Função:	
Assinatura:	Fone:	

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	ESPECIFIQUE
01	Você acha que conheceu o doador suficientemente para responder perguntas pessoais a seu respeito?			
02	O doador era portador de alguma doença? (exemplo: câncer, tuberculose, hepatite, AIDS, sífilis, diabetes, hipertensão, hemofilia, ou alguma infecção)			
03	Teve alguma doença neurológica degenerativa ou debilitante? (exemplo: Mal de Parkinson, Alzheimer, Creutzfeld-Jacob, esclerose múltipla)			
04	Foi hospitalizado ou fez algum tratamento de saúde nos últimos dois anos?			
05	Tomava algum medicamento regularmente? (exemplo: corticosteróides,...)			
06	Fez tratamento com hormônio de crescimento? E Qual?			
07	Foi submetido a transplante de órgãos ou tecido? Quando?			
08	Fazia hemodiálise, quimioterapia ou radioterapia? Qual?			
09	Consumia álcool ou fumava regularmente?			
10	Qual a ocupação (trabalho) do doador?			
11	Residiu ou visitou regiões endêmicas de malária? Quando?			
Nos últimos doze meses				
12	Esteve exposto ou foi contaminado por algum tipo de substância tóxica?			
13	Recebeu algum tipo de vacina ou reforço?			
14	Realizou tatuagem, acupuntura, maquiagem definitiva, adereços corporais ou fez retoques?			
15	Fez alguma transfusão de sangue ou derivados? E seu parceiro sexual?			
16	Estava perdendo peso, com suores exagerados, febre continua ou diarreia persistente?			
17	Fez uso de drogas injetáveis ilícitas? Qual?			
18	Era namorado ou tinha muitos parceiros sexuais?			
19	Relacionava-se intimamente com pessoas do mesmo sexo?			
20	Relacionava-se com pessoas portadoras de doenças como hepatite, AIDS, sífilis ou outra infecção transmissível pelo sangue?			
21	Foi detido (preso)? Por quanto tempo?			
Somente para doadores menores que cinco anos de idade				
22	Estava sendo amamentado nos últimos doze meses?			
23	A mãe do doador (a) era portadora ou pertencia a grupo de risco para AIDS ou hepatite?			
24	Vacinas recentes ? Quais ?			



**ANEXO IV
FORMULÁRIO
NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE
MORTE ENCEFALICA**



QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	ESPECIFIQUE
01	O doador teve alguma doença nos olhos? (exemplo: catarata, etc.)			
02	Fez alguma cirurgia nos olhos?			
03	Teve raiva?			
04	Teve leucemia blástica, linfoma de Hodgkin, linfossarcoma?			
05	A causa do óbito é conhecida?			
06	Teve rubéola congênita?			

DOADOR DE CORAÇÃO PARA VALVAS

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	ESPECIFIQUE
01	O doador teve alguma doença reumática? (ex.: Lúpus, artrite reumatóide)			
02	Teve endocardite bacteriana?			
03	Teve doença em alguma das valvas do coração?			
04	Teve miocardiopatia viral?			
05	Fez alguma cirurgia cardíaca			

DOADOR DE TECIDOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS (OSSOS)

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	ESPECIFIQUE
01	O doador teve alguma doença reumática? (ex.: Lúpus, artrite, reumatóide)			
02	Fez alguma cirurgia ortopédica ou apresentou alguma fratura?			
03	Foi submetido à biópsia de tumor ósseo?			

DOADOR DE PELE

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	ESPECIFIQUE
01				
02				
03				

Comentários relevantes do entrevistador

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Assinatura do entrevistador



**ANEXO IV
FORMULARIO
NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE
MORTE ENCEFALICA**



Assinatura do entrevistador
RELATORIO DE RETIRADA DE ORGÃOS E TECIDOS

Data: ____ / ____ / ____ RGCT: ____ - ____
Local de Retirada: _____ Cidade/UF: ____ / ____
Coordenador da Sala de Cirurgia: _____ CPF: _____
Doador: _____ ABO: ____ Sorologia: _____

Início: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____	Clampeamento: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____	Termino: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____
---	---	--

CORACÃO

Sim Não Pq. _____
 Valvas
Hospital/Serviço: _____
01º Cirurgião: _____ CPF: _____
02º Cirurgião: _____ CPF: _____
Meio: _____ Qtd. _____ ml Validade: ____ / ____ / ____ Marca: _____

FIGADO

Sim Não Pq. _____
Hospital/Serviço: _____
01º Cirurgião: _____ CPF: _____
02º Cirurgião: _____ CPF: _____
Meio: _____ Qtd. _____ ml Validade: ____ / ____ / ____ Marca: _____

PANCREAS

Sim Não Pq. _____
Hospital/Serviço: _____
01º Cirurgião: _____ CPF: _____
02º Cirurgião: _____ CPF: _____
Meio: _____ Qtd. _____ ml Validade: ____ / ____ / ____ Marca: _____

PULMAO

Sim Não Pq. _____
Hospital/Serviço: _____
01º Cirurgião: _____ CPF: _____
02º Cirurgião: _____ CPF: _____
Meio: _____ Qtd. _____ ml Validade: ____ / ____ / ____ Marca: _____



**ANEXO IV
FORMULARIO
NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE
MORTE ENCEFALICA**



Direito	Esquerdo

Sim Não Pq: _____
 Retirada em Bloco: Sim Não Retirada com coração batendo: Sim Não
 Hospital/Serviço: _____
 01º Cirurgião: _____ CPF: _____
 02º Cirurgião: _____ CPF: _____
 Meio: _____ Qtd: _____ ml Validade: ____ / ____ / ____ Marca: _____

Faça um esquema dos vasos renais, pactos, comprimentos e calibres:

Direito	Esquerdo
Início de Perfusão: _____ h _____ Min	Início de Perfusão: _____ h _____ min
Perfusão: <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim	Perfusão: <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim
Artérias: _____ Veias: _____ Ureter: _____	Artérias: _____ Veias: _____ Ureter: _____

RELATORIO DE RETIRADA DE TECIDO OCULARES

Equipe Responsável de Retirada: _____
 Encaminhando para BTOC: _____

Data/Horário do Óbito	Data/Horário da Retirada	Nº Tecidos	Globo Ocular	Córneas in
___ / ___ / ___ : ___	___ / ___ / ___ : ___			

RELATORIO DE RETIRADA DE TECIDOS MUSCULO ESQUELETICOS

CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANA
 Rua Barão do Rio Branco, 465 - 1º Andar - Centro - Curitiba - CEP 80010-180 - Paraná - Fone: (41) 3304-1900 Fax: (41) 3304-1909
www.saude.pr.gov.br / e-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br

HEMODILUIÇÃO

Nome do doador: _____ RGCT: _____
 Peso: _____ Coleta da Amostra: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Volume plasmático (VP):		Peso (em Kg)/0,025
Volume sanguíneo (VS):		Peso (em Kg)/0,015

A) Volume total de sangue transfundido nas últimas 48 horas:

Concentrado de Hemácias		mL
Sangue total		mL
Sangue reconstituído		mL
Total		mL

B) Volume total de colóides infundidos nas últimas 48 horas:

Dextran:		mL
Plasma:		mL
Plaquetas:		mL
Albumina:		mL
Amido Hidroxietílico		mL
Outros:		mL
Total		mL

C) Volume total de cristalóides infundidos na última 01 hora:

Solução salina:		mL
Solução glicosada:		mL
Ringer lactato:		mL
Outros:		mL
Total		mL

DETERMINAÇÃO DA POSSÍVEL HEMODILUIÇÃO

1) B+C>VP Sim Não
 2) A+B+C>VS Sim Não

Se a resposta é **SIM** para qualquer uma das duas perguntas, a hemodiluição torna a amostra de sangue não confiável e o doador deve ser recusado para tecidos e avaliado criteriosamente a possibilidade de utilização de órgãos.