

MORTE ENCEFÁLICA E IMPLICAÇÕES PARA A BIOÉTICA

*Angela Luzia Miranda¹
Daniele Aparecida Orlovsk²*

RESUMO: O presente trabalho pretende apresentar as implicações bioéticas da morte encefálica, considerando questões práticas e relevantes do cotidiano hospitalar. Por exemplo: como agir diante da família que recebe o diagnóstico de morte encefálica de um parente ou ente querido, mas que desconhece a possibilidade de doar seus órgãos e tecidos? O problema começa já no próprio entendimento sobre o que é a morte encefálica e se desencadeia em seus processos mais complexos, como a doação dos órgãos e suas implicações morais. Considerando esta temática, o presente artigo pretende enfrentar estes problemas e dilemas éticos, cuja fundamentação pode ser encontrada nos princípios da Bioética, os quais devem nortear o modo de abordagem nestes casos. Para tanto, inicialmente o trabalho procura analisar a morte encefálica e seus procedimentos para o diagnóstico; os problemas práticos decorrentes da abordagem da família doações de órgãos (resoluções, normatividades, prática etc.) e as implicações éticas e dilemas da Bioética, envolvidos no processo de doação de órgãos. Por fim, o artigo apresenta algumas reflexões dos princípios da Bioética que podem contribuir para nortear a abordagem prática das famílias ou parentes envolvidos neste dilema.

PALAVRAS-CHAVES: Morte encefálica. Abordagem familiar. Bioética. Tecidos e Órgãos.

ABSTRACT: The present work pretends to highlight the bioethical implications of cerebrovascular death considering the practical and relevant day to day hospital questions. For example: how to deal with the family which receives the diagnostic news about the cerebrovascular death of a relative or of a dear one, but doesn't know the possibility of donating the organs of the person? The problem begins already in the understanding about the cerebrovascular death which in turn involves more complex processes, such as donating the organs and its moral implications. Considering this theme, the present article pretends confront these problems and ethical dilemmas, of which the foundation could be found in the principles of Bioethics, which should help in the mode of dealing with these type of cases. Therefore, initially this work pretends to analyze the cerebrovascular death and its diagnostic proceedings; the following practical problems such as dealing with the family and donation of the organs (resolutions, norms, practice etc) and the ethical implications and bioethical dilemmas involving in the process of donating the organs. Finally the article highlights some reflections on the bioethical principles which may contribute to help to deal with the families or relatives who are involved in this type of dilemma.

KEYWORDS: Cerebrovascular. Family approach. Bioethics. Organs the tissues.

1 Doutora em Filosofia pela Universidad de Salamanca (ES), Doutora em Ética pela Universidad del País Vasco (ES) e Professora do Curso de Filosofia e Teologia da FAVI (Professora de Bioética).

2 Graduada em Teologia pela Faculdade Vicentina.

INTRODUÇÃO

Como proceder com a família que recebe o diagnóstico de morte encefálica de um ente querido e que desconhece a possibilidade de doar os órgãos e tecidos?

Diante de um possível diagnóstico de morte encefálica, a perda irreversível das funções cerebrais por um período que exceda cinco minutos, as células cerebrais são lesionadas de tal forma que nenhum equipamento, por mais eficiente e moderno que seja, consegue reverter o quadro clínico do paciente.

A família do potencial doador de órgãos e tecidos deve ser comunicada. O processo de investigação de morte encefálica geralmente é aplicado à pacientes submetidos a cuidados de Terapia Intensiva que tenham sido vítimas de lesões cerebrais, acidente vascular encefálico e tumores. As etapas de investigação seguem determinações do Conselho Federal de Medicina que elaborou uma resolução baseada na faixa etária do paciente.

Dentre os motivos que dificultam a decisão da família, em doar os órgãos, está a dificuldade de compreender e de aceitar o diagnóstico de morte encefálica, pois não conhecendo e não dominando conceitos técnicos, não consegue entender por que por um período “razoavelmente curto” o paciente pode continuar apresentando batimentos cardíacos, movimentos respiratórios e temperatura corpórea “normais”, com o diagnóstico de morte encefálica.

Neste sentido, a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante³ (CIHDOTT), provê e auxilia os familiares na compreensão do diagnóstico de morte encefálica. A equipe da CIHDOTT do hospital, ao ser comunicada da ocorrência da morte encefálica de um paciente, começa o trabalho de abordagem da família, percorrendo com esta um caminho de conscientização, que por vezes conclui-se com a doação de órgãos para transplantes com o intuito de salvar vidas.

³ Todas as vezes que o texto se referir a Comissão Intra-Hospitalar de Doações de Órgãos e Tecidos para Transplantes será usado a sigla que a designa CIHDOTT.

1. ASPECTOS GERAIS DA MORTE ENCEFÁLICA

1.1 Aspectos clínicos:

A morte encefálica é estabelecida pela perda definitiva e irreversível das funções do encéfalo (hemisférios e tronco cerebral) por uma causa conhecida, que pode ser comprovada cientificamente por meio de exames destinados a este fim.

Fernández afirma que:

a situação em que o cérebro está extensa e irreversivelmente prejudicado, razão pela qual não há possibilidade de recuperação nem de manutenção da homeostase externa e interna, o que fatalmente acarreta, em um futuro imediato, (...) e a morte de todo o organismo. (2000, p.290.)

O diagnóstico de morte encefálica é um diagnóstico de *certeza absoluta*, que não tolera nem permite dúvidas quanto à perda neuronal do paciente de forma irreversível. A determinação da morte encefálica deverá ser realizada de forma padronizada, de acordo com o protocolo vigente na instituição, para que a especificidade seja verdadeira (sem falso diagnóstico de morte encefálica). Qualquer dúvida na determinação da morte encefálica impossibilita seu diagnóstico.⁴

A morte encefálica equivale à morte clínica. Portanto, do ponto de vista ético e legal, após seu diagnóstico é dever do médico retirar os procedimentos de suporte que mantinham artificialmente o funcionamento dos órgãos vitais utilizados até o momento de sua determinação. O médico deverá, também, informar, de modo claro e detalhado, aos familiares ou representantes legais, o falecimento do paciente, bem como preencher a Declaração de Óbito – caso esse não tenha sido ocasionado por meio violento – para as devidas providências pertinentes ao sepultamento.

A evidente “impotência” do homem perante a morte, é clarificada de modo singular e belo por Rubens Alves no seu livro: O Médico, assim se expressa:

Houve um tempo em que nosso poder perante a Morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam

⁴ Regimento Interno da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTI.

Morte encefálica e implicações para a Bioética

tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a Morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque só podemos adiar...), mais tolos nos tornaremos na arte de viver. (ALVES, 2002, p. 76.)

O Ministério da Saúde, através da publicação da Portaria n°. 1.752/GM determina a constituição de CIHDOTT em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos.

Para a confirmação do diagnóstico de morte encefálica é essencial que todas as seguintes condições sejam observadas em qualquer Hospital, pois as mesmas atestam com eficiência as condições neuronais do paciente acometido pela morte encefálica:

- 1) Pré-requisito:** a existência do pré-requisito objetiva o diagnóstico da causa da lesão encefálica irreversível e responde pelo quadro atual, com exclusão de possíveis causas reversíveis.
- 2) Exame clínico:** objetiva determinar a ausência da função do tronco cerebral em todos seus níveis.
- 3) Teste de apnea:** visa objetivar e determinar a ausência de movimentos respiratórios após estimulação máxima dos centros respiratórios com hipercapnia de 56 mmHg. Coimbra (2006, p.6) afirma que o teste de apnea pode induzir severa hipotensão arterial, em até 40% dos casos, e também parada cardíaca. Melano, afirma ainda que o teste de apnea é a prova fundamental destinado estabelecer a morte neurológica no diagnóstico de morte encefálica, por isso deve seguir todos os protocolos que a confirmem.
- 4) Exames complementares:** a realização de tais exames buscam isentar de forma objetiva e determinada a ausência de função do encéfalo, nos casos em que parte dele pode ser usado.

Anami, afirma que:

no Brasil em cumprimento à LEI, n° 9.434/97 o Conselho Federal de Medicina (CFM) editou a Resolução n° 1480 de 09 de agosto de 1997, sobre o termo de Declaração de Morte Encefálica, onde dispõe sobre os exames clínicos e complementares a serem realizados no paciente com suspeita de morte encefálica. (2001, p.295.)

5) Repetições do exame clínico: tem o intuito de confirmar a persistência da ausência de função do tronco cerebral após um período mínimo de observação.

1.2.1 Repetição do exame clínico

A repetição do exame clínico deverá utilizar a mesma técnica do primeiro exame, porém deve ser realizado por outro médico. O teste de apnéia deverá ser realizado preferencialmente na segunda avaliação. O intervalo mínimo de tempo a ser observado entre o primeiro e o segundo exame clínico é de 6 horas nos pacientes com idade superior de 2 anos de idade.

Doig (2003) afirma que a morte encefálica, procura resolver inconsistências na declaração ética da morte. Desta forma, todos os exames para confirmação do quadro de morte encefálica devem ser realizados no paciente que se encontre sob suspeita.

1.2 Aspectos jurídicos

Atualmente, a compreensão de morte encefálica pauta-se na Resolução n° 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina, editada a partir do mandamento inserto no artigo 3° da Lei 9.434/97, que, por sua vez, dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano “*post mortem*” para fins de transplante e tratamento.

Assim, segundo o artigo 4° da Resolução n° 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina, os critérios definidores da morte encefálica são “coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia⁵”.

De qualquer modo, a retirada de órgãos para fins de transplante e tratamento será permitida com a autorização da família e com o atestado de morte encefálica assinada por no mínimo dois médicos experientes no atendimento de pacientes em coma profundo com lesão cerebral, sendo um deles intensivista (pediátrico ou adulto) neurologista adulto ou infantil (neuropediatra) ou neurocirurgião (adulto ou pediátrico). Nenhum destes profissionais poderá pertencer às equipes de transplante de órgãos.

5 RESOLUÇÃO CFM n°148. 097 Art. 3° A morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida e no Art. 4° Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia.

1.3 As etapas de investigação determinado pelo Conselho Federal de Medicina

No início dos anos 80, o crescente número dos transplantes de órgãos levou o governo norte americano a regulamentar a morte encefálica, fazendo reconhecer a morte como à falência irreversível das funções cardiorrespiratórias ou das funções do Sistema Nervoso Central (SNC).

Em 1981, foi adotada, como estatuto em todos os estados dos Estados Unidos da América, a *Determinação Uniforme do ato da morte*: “um individuo morre quando apresenta a cessação irreversível das funções circulatórias e respiratórias ou a paralisação de todas as funções do cérebro incluindo, o tronco cerebral.” (BATISTA, 2005, p. 10.)

A aceitação deste estatuto facilitaria o procedimento para o transplante de órgãos e afastaria o perigo de homicídio ou um processo por tratamento inadequado de um paciente contra médicos envolvidos nos casos. Para que haja a confirmação do diagnóstico de morte encefálica, isto é, a especificação do momento da morte a partir da perda irreversível das funções cerebrais, deve ser constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção de órgãos para transplantes (CHIDOTT), com base nos critérios clínicos e tecnológicos definidos pelo Conselho Regional de Medicina (CRM)⁶.

No Brasil, de acordo com o Conselho Federal de Medicina, na Resolução CFM nº 1346/91 a morte encefálica e definida como a parada total e irreversível das funções encefálicas, de causa conhecida e constatada de modo indiscutível (COIMBRA, 2007.)

1.3 .1. Aspectos práticos

A conduta adotada pelos Médicos onde ocorre morte encefálica deveria ser a de explicar a família à ocorrência e o significado da morte encefálica e a total impotência da medicina em reverter tal condição.

A constatação da morte encefálica nos termos da Resolução CFM n.º 1.480/97 tem a sua maior motivação e aplicabilidade nos casos de transplante de órgãos, em vista da necessidade de retirada dos mesmos antes que se instale a degradação hemodinâmica que venha a comprometer o seu aproveitamento. (Vejam-se artigos 1º ao 10º da referida Resolução.)

⁶ CRM - a partir de agora sempre que se referir ao Conselho Federal de Medicina será usada a sigla CRM.

Com base na presente determinação do CFM, o diagnóstico de morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida. Porém, se não há condições para a realização segura do diagnóstico de morte encefálica, tampouco haverá a possibilidade de viabilizar o processo de captação e doação de órgãos.

Após a constatação da morte encefálica, o paciente que potencialmente é doador de órgãos deve ser mantido hemodinamicamente equilibrado para que seus órgãos continuem viáveis para possíveis transplantes. Power, (1995, p. 1579.) sentencia que quando o Sistema Nervoso Central encontra-se inábil o órgão não pode ser transplantado.

Os programas de transplantes exigem órgãos íntegros e hígidos depois da morte encefálica, para que com eles possam ser realizados transplantes com sucesso sem ocasionar danos ao receptor do órgão.

A equipe que determinou a morte encefálica deverá preencher a Declaração de Morte Encefálica (DME) e comunicá-la ao médico responsável pelo paciente.

A declaração deverá ser preenchida em três vias, sendo a via 1ª mantida no prontuário, a 2ª encaminhada a Comissão de Ética Médica do Hospital e a 3ª encaminhada a Coordenadoria Estadual de Transplante. As Centrais se responsabilizam pela identificação dos receptores, a partir de um processo de averiguação da compatibilidade do órgão a ser doado com os pacientes que encabeçam uma lista de espera, que é única em cada Estado.

Esse sistema determina o receptor por tempo de espera, condições clínicas, compatibilidade sanguínea, peso e tamanho do órgão. Como existe apenas uma lista por estado e os transplantes são previamente autorizados pelas centrais, evitam-se o comércio de órgãos como bens.

Nos casos de morte violenta (acidente, suicídio ou homicídio), confirmada ou suspeita, caberá ao médico legista preencher o atestado de óbito do paciente, nos demais casos é o médico responsável pelo paciente que emite o atestado de óbito.

A notificação obrigatória imediata à Central Estadual de Transplantes deverá ser realizada quando constatada que o paciente tem suspeita de morte encefálica, por atender aos pré-requisitos, acima citados, sem necessariamente o conhecimento da família para tal notificação.

Quando é permitida a retirada dos órgãos por parte da família, os profissionais que diagnosticaram a morte do indivíduo contatam a Central de Transplantes que disponibiliza diferentes médicos para realizar a retirada dos órgãos doados para encaminhá-los a pessoas que estão na fila de espera.

2. PROBLEMAS DE ABORDAGEM DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

2.1. Problemas Jurídico/normativos

A clientela de potenciais doadores de órgãos denota uma atenção especial em relação ao diagnóstico de morte encefálica, que é um processo complexo que altera a fisiopatologia de todos os sistemas orgânicos, e atuação do corpo clínico e de enfermagem para manter viável o doador em questão.

De acordo com o artigo 1º da Portaria MS N° 1.262/2006 legaliza que:

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante deve ser composta por no mínimo três membros de nível superior, integrantes do corpo funcional do estabelecimento de saúde, dentre os quais 1 (um) médico ou enfermeiro, designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

30

A doação de órgãos é uma das grandes conquistas da medicina moderna. Trata-se do ato de possibilitar uma nova vida a alguém a partir do transplante dos órgãos de outra pessoa para esta, que é portadora de uma doença, cuja solução que assegura sua vida é o transplante.

No entanto, para que isso ocorra, algumas normas devem ser seguidas. No caso do Brasil, de acordo com a Lei Federal 9.434 de 1997⁷, a doação de órgãos só ocorre mediante o diagnóstico comprovado de morte encefálica e o consentimento expresso do cônjuge ou dos familiares. Evidencia-se na Lei, que familiares devem ser entendidos aqueles que possuem parentesco até 2º grau, ou seja, apenas pais, filhos, avós e irmãos.

2.2. Problemas teóricos

A transdisciplinariedade da bioética não tem o intuito de balizar todo o comportamento profissional na área de saúde, tendo por base os princípios que são fundamentais na compreensão do ser humano na sua integralidade, nas relações que estabelece com o seu contexto.

⁷ Faz-se necessário ressaltar que no Brasil a primeira legislação sobre o assunto data de 1963 e que por mais de 40 anos todas as leis e medidas promulgadas, não asseguravam o transplante para todos, pois possuíam múltiplas possibilidades de interpretação. Os profissionais de saúde agiram da maneira que consideravam mais aceitável ética e moralmente até entrar em vigor a Lei atual, que delimita métodos e procedimentos considerados incontestáveis.

Os familiares do paciente ou seus responsáveis legais deverão ser adequadamente esclarecidos, de forma clara e inequívoca, sobre a situação crítica do paciente, o significado da morte encefálica e o modo de determiná-la. Este esclarecimento deverá ser de responsabilidade do médico responsável pelo paciente e na sua impossibilidade pela equipe de determinação da morte encefálica, que imediatamente deve conectar-se com CIHDOTT do Hospital, para que ela intervenha junto à família.

A decisão quanto à suspensão de respiração mecânica ou de outros cuidados e doação de órgãos, somente poderá ser solicitada aos familiares ou responsáveis legais do paciente, após terem sido notificados da morte encefálica. Desta forma, Gogliano, afirma que:

Quando a morte encefálica foi estabelecida com base em diagnóstico preciso, em seu significado amplo, abrangente, com a manutenção da sustentação vital meramente vegetativa, por intermédio de aparatos mecânicos, a suspensão do tratamento torna-se lícita e necessária, evitando-se o tratamento fútil. (1993, p. 153.)

Além disso, e preferencialmente a abordagem quanto à captação de órgãos não seja feita pelo médico que acompanhou o paciente e sim que o médico encaminhe o caso para a CHIDOTT, são os membros da mesma que farão a abordagem da família.

Acompanhando o diagnóstico de morte encefálica, invariavelmente deve existir a abordagem da CIHDOTT, para que haja um possível transplante de órgãos e tecidos. Os profissionais que realizam este trabalho de extrema importância no processo de doação de órgãos e tecidos atuam junto aos familiares, num momento difícil representado pela perda de um parente, mas diante de uma nova possibilidade de vida, de grande importância social. (BOUSSO, 2008.).

2.3 Aspectos administrativos

Ao se deparar com os conflitos provindos de um possível diagnóstico de morte encefálica, a equipe, na maioria das vezes, adota uma postura paternalista e autoritária objetivando o tratamento do paciente sem proporcionar a ele o exercício de sua autonomia, representado pelo seu querer à luz de seus valores pessoais inerentes à sua existência. Em casos onde o mesmo é menor, são os pais ou responsáveis que decidem por ele.

Contudo, a demanda dos cuidados de enfermagem não se limitava à complexidade tecnológica, vai além deles se concentrando numa outra complexidade mais subjetiva. Na prática, a equipe de enfermagem que se depara com a morte encefálica, deve ser treinada para que desenvolva com habilidade e competência todas as fases do processo de manutenção fisiológica do paciente, que se apresenta como potencial doador de órgãos e tecidos.

Na tentativa de manter o paciente potencialmente equilibrado muitos profissionais adotam condutas que ferem a dignidade do paciente, transformando-o em caso a ser estudado:

Na luta pela cura e na preocupação com a perfeição técnica, o doente é transformado em mero objeto de cuidados e seu conforto e bem-estar físico e mental são subordinados às exigências do funcionamento de máquinas ou das restrições econômicas impostas pela administração hospitalar. (MARTIN, 2003, citado por MENDES, 2009, p. 65.)

Muitos enfermeiros preocupados em manter o paciente equilibrado, dentro dos padrões previstos e em condições de transplantes, muitos acabam por vezes esquecendo-se de assistir os familiares do paciente em suas dúvidas e sobressaltos.

O profissional técnico que atua nas fases terminais dos pacientes graves, desempenham papel primordial, pois ao manter o paciente hemodinamicamente equilibrado, possibilita e viabiliza o sucesso dos transplantes.

Recentemente foi reconhecido que na fase do equilíbrio hemodinâmico, ocorre uma série de perturbações neuro-humorais cíclicas que incluem alterações bioquímicas e celulares que conduzem a disfunção múltipla de órgãos, repercutindo na qualidade do órgão a ser transplantado. Tanto as alterações iniciais quanto as tardias influem na viabilidade dos órgãos por comprometer sua perfusão, aumentando a lesão isquêmica inviabilizando o transplante. Isso ocorre, de tal modo que a equipe profissional sente-se na obrigação de assistir o paciente, mantendo-o em condições de doar os órgãos e descuidando-se da assistência da família, que no momento vive a dor da perda do seu ente querido.

É fato que grande parte dos hospitais federais, estaduais e municipais, que respondendo à determinação da Portaria GM nº 1752, não possui condições técnicas de confirmação de morte encefálica, nem possuem a CIHDOTT, subestimando a competência da equipe multidisciplinar de assessorar e percorrer com a família o processo de discernimento sobre a doação de órgãos.

Outro dado triste, segundo dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO)⁸, apenas 20% dos casos de morte encefálica são notificados. Muitas vezes isso ocorre por despreparo dos profissionais responsáveis, que não possuem as informações necessárias ou não sabem como utilizá-las no precoce diagnóstico de morte encefálica.

2.4 Relação profissional/ paciente

O vínculo profissional-paciente é, então, fundamental, pois é ele que permitirá o livre acesso ao querer do paciente. Necessita ser autêntico e transparente, manifestado à equipe profissional no período de internação. Desta forma, possibilita que a autonomia do paciente seja respeitada, mesmo quando ele não mais pode decidir.

Consiste em possibilitar ao paciente um espaço para que possa exercer a sua autonomia nessa relação com os profissionais que estão assistindo, ou no caso de menor, na decisão de seus responsáveis. A equipe deverá possibilitar um espaço para a decisão dos familiares, mas implica também em estar preparada para ouvir a decisão pela não realização do transplante, de determinado tratamento, de determinada intervenção, decisão esta que pode soar absurda para a equipe, mas que diz respeito a um ser humano que possui uma história e um determinado contexto de existência.

Durante o período de internação, a família deve ser informada sobre a condição do paciente (parente), mas isso nem sempre acontece, gerando o equívoco da impressão da boa evolução clínica. Quando há falta de informação sobre o estado do paciente, gera confusões devido à negligência em esclarecer o estado clínico do paciente. Esta falha de informações faz com que o esclarecimento sobre a gravidade do quadro seja motivo para acreditar na sua recuperação, quando, na verdade, a situação é bastante grave. Nem sempre há a percepção da real situação e a falta de esclarecimento gera a dúvida da ocorrência de erro médico, após o recebimento da notícia da morte encefálica.

A falta de sensibilidade da equipe é um fator que adiciona sofrimento, quando a família percebe que o único interesse do profissional que está cuidando do potencial doador é a doação dos órgãos. A situação desperta o desejo de não doar os órgãos, mesmo quando o paciente, em vida, havia manifestado a intenção de ser doador.

⁸ Morte Cerebral e Transplantes de Órgãos. Disponível em: <http://www.pericias-forenses.com.br/mortecer.htm>. Acesso em 10 de março de 2011.

Em síntese, a equipe profissional deve oferecer apoio aos familiares, independente da manifestação contrária à doação.

O respeito e a postura ética diante do sofrimento da família é um dever do profissional de saúde. Melo, (2010, p.495) afirma que: “é muito recente o interesse, pelo menos parcial do ensino de uma medicina, que preste atenção ao doente como pessoa, que treina técnicas de comunicação na relação médico-paciente, que vê a morte com fim natural a respeitar”.

O Decreto n. 879/93 no art. 15, garante ao doador desistir da doação sem explicações afirmando que: “A decisão do doador não poderá sofrer influencia que lhe vicie o consentimento, sendo-lhe facultado revogar o consentimento dado, até a extração dos órgãos, tecidos ou partes do seu corpo, sem necessidade de justificar ou explicar as razões.” (Cf. Lei n. 5.479. 10 ago. 1968. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e cadáver para finalidade terapêutica e científica. Legislação Federal, 1968, p. 1.371.)

O mesmo vale para os responsáveis legais por um paciente acometido por morte encefálica.

3. ABORDAGEM DA FAMÍLIA PELA EQUIPE DA CIHDOTT

O objetivo principal da CIHDOTT mediante a legislação vigente deve ser expressamente detalhado ao familiar e o profissional de saúde necessita oferecer a oportunidade de transformar a tragédia da perda de um familiar em um ato nobre de doação, atenuando a dor e confortando aos familiares. De tal forma que os profissionais de saúde compreendam que “é preciso ter consciência que o limite da possibilidade terapêutica não significa o fim da relação médico-paciente-familiar” (BATISTA, 2005, p.14.).

A família do paciente com morte encefálica deve sentir no profissional que o aborda a capacidade de ser compreendido em sua dor através do respeito que deve permear todo o processo de decisão, possibilitando receber assistência mais humanizada, integrada com outros aspectos pertinentes ao contexto.

Por ora, sabe-se que em alguns países empregam e capacitam profissionais especializados em abordar a família com suspeitas de morte encefálica. Sabe-se que países como o Japão, por exemplo, adotou o conceito de morte encefálica a partir de 1997, quando a legislação local concordou em adotar a morte encefálica como critério (ANAMI, 303).

O Reino Unido, por exemplo, possui equipes especializadas de enfermagem para abordar a família de pacientes em suspeita de morte encefálica, proporcio-

nando apoio emocional, auxiliando a compreender os desafios e o significado de morte encefálica. Para tal comunidade, este trabalho tem se mostrado de vital importância, fazendo crescer o número de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

No Brasil, no entanto, as equipes que abordam a família são próprias dos hospitais e como normativa, seus membros não devem ser integrantes da equipe de transplantes e/ou remoção de órgãos/tecidos ou integrar a equipe de diagnóstico de morte encefálica.

A equipe deverá ser composta por no mínimo três membros de nível superior, integrantes do corpo funcional do estabelecimento de saúde. Dentro os quais um médico ou enfermeiro designado como Coordenador, o qual deverá ter certificação de Curso de Formação de Coordenadores, ministrado pelo Sistema Nacional de Transplante (SNT) ou pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) dos Estados ou Distrito Federal, validado pelo SNT. O Ministério da Saúde (BR), sob a Portaria nº 1.262, de 16 de junho de 2006: aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOIT). Brasília (DF); 2006.9

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1752, de 23 de setembro de 2005, que determina a constituição de comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante (CIHDOIT) em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos, que considera várias necessidades, como: incrementar os esforços no sentido de ampliar os avanços já obtidos na captação de órgãos e realização de transplantes; envolver de forma mais efetiva e organizada os hospitais, no esforço coletivo de captação de órgãos e tecidos; aprimorar o funcionamento das

Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, permitindo sua melhor articulação com os hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS). (LUPARELLI, 2009.)

A Resolução COFEN 292/2004 delibera que a assistência de enfermagem prestada ao doador de órgãos tem como objetivo a viabilização dos órgãos para transplante e com a necessidade de permanência do doador em unidade de terapia intensiva, até a retirada dos órgãos.

9 Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1262>. Acesso em: 10 de mar. De 2011.

As famílias que são surpreendidas com o diagnóstico de morte encefálica são obrigadas a elaborar a perda de seu ente querido em dois momentos: sendo o primeiro a aceitação da realidade da perda e em seguida a dor de aflição por não ser possível fazer mais nada que possa reverter o quadro clínico da pessoa.

Neste sentido, a experiência da família de autorizar a doação de órgãos é caracterizada por um processo que se desenrola sutilmente por quatro estágios. Ele tem início com a vivência do impacto da tragédia, quando a família busca compreender a atual condição do ente querido e o porquê aconteceu desta forma. Num segundo momento a família passa pela incerteza do diagnóstico de morte encefálica e neste momento, os familiares tentam elaborar estratégias visando diminuir suas dúvidas e a aceitar a possibilidade de morte.

No terceiro estágio, ocorre o manejo com o problema da decisão de doar ou não os órgãos. A família se pergunta se vale a pena ou não permitir que partes de seu ente querido, sejam implantadas no corpo de outra pessoa. Pessoa a qual não se conhece e não se está vinculada afetivamente. Este momento se caracteriza pela decisão, pois a partir dele e das ponderações feitas pela equipe da CIHDOIT os familiares discernem o que fazer com os órgãos de seu ente querido. A última fase do estágio é a de reconstrução da história da morte do ente querido. O sofrimento diante da perda do parente estimula a família a buscar uma solução para a situação.

Assim, autorizar a doação dos órgãos ou desligar os aparelhos é a melhor maneira para acabar com o sofrimento, pois, manter o paciente com o suporte avançado de vida é o mesmo que prolongar a dor diante da espera infrutífera. A autorização familiar para a retirada de órgãos para doação traz consequências importantes no aumento das taxas de transplantes, sobretudo por que após o transplante a assistência especializada e tecnológica desenvolvida nos últimos anos tem favorecido de forma impressionante as chances de vida desse grupo de pacientes transplantados.

É fato que:

uma das razões para a escassez de órgãos é o alto índice de negativa familiar para a doação. A certeza de que todos os critérios para caracterização da morte encefálica e formalidades para a doação estão sendo observados pelos integrantes das equipes de transplante, podem assegurar a o doador e à sua família, que a morte não está sendo acelerada. (BANDEIRA, 2001, p. 104, citado por ANAMI, 2001, p. 306.)

Certamente, as repercussões das doações transcendem os números e se fazem sentir diretamente entre os profissionais de saúde, especialmente nos enfermeiros que vivenciam diversas dificuldades junto ao potencial doador durante a sua internação. O profissional quando vê um potencial doador está se tornando um doador nato, graças à intervenção da família, se constitui como grande conquista para os todos os que atuam e desempenham o papel ético junto à família e os procedimentos legais para a realização do transplante.

A etapa do consentimento é muito importante, pois permite ou impossibilita a continuidade do processo. Nos casos em que a família tem dúvidas, é preciso aguardar a decisão, mas, caso ocorra à manifestação de vontade da família em doar os órgãos, o coordenador de transplante deve agilizar todos os meios, remove, se necessário, o potencial doador para um hospital que tenha condições para realizar os exames e confirmar a morte encefálica.

É importante, ainda, respeitar o contexto em que se dá a decisão familiar. Ela não ocorre em um momento. Há momentos de decisão que são ambíguos, contraditórios, conflitivos, porque humanos, mexem com as emoções e perpassando o caminho do coração. A decisão traz consigo a temporalidade como marca da existência humana. Toda decisão será, portanto, temporal, sujeita ao estado emocional e consciente da família que faz a doação de órgãos.

4. UTILIZAÇÃO DA ABORDAGEM COMPLEXA NO PROCESSO DE ABORDAGEM DA FAMÍLIA

Diante dos diversos problemas aqui apontados sugerimos que a abordagem complexa parece ser a que melhor contempla o desenrolar da pesquisa, ela pauta-se na reflexão complexa, incluindo os múltiplos aspectos envolvidos no seu objeto de atenção, além de ser interdisciplinar. Devido à possibilidade de contar com conhecimentos oriundos de diferentes áreas do saber, é compartilhada, pois utiliza as diferentes interfaces para realizar diálogos mutuamente enriquecedores, entre os envolvidos na questão.

A abordagem complexa é uma proposta de abordagem onde a ética se insere na realidade e não apenas a ela se aplica. De tal forma que para a realização deste estudo, foi necessário partir de problemas reais, acabando por refletir sobre situações de complexidade sempre crescente no universo hospitalar.

No processo de reflexão e de tomada de decisão da família, no que compete à doação de órgãos, o importante é identificar adequadamente os problemas a

serem abordados, os fatos e as circunstâncias envolvidos, as alternativas e suas respectivas consequências, num todo. De tal forma que: “os cuidados de afeto de uma boa relação do tripé médico-paciente-família são fundamentais nos momentos de final de vida. O fim de recursos para tratamento não é sinônimo de frieza e abandono.” (STOBBE, 2006, p. 09.)

Como parte da reflexão, foi necessário apropriar-se de referenciais teóricos já existentes, de casos já ocorridos relacionados ao problema. Todos estes elementos, desde a identificação do problema até a utilização de experiências e vivências prévias são passíveis de discussão racional, com o intuito de melhorar a excelência no atendimento ao paciente e seus familiares. De modo que os familiares não se inibam diante dos ícones dos avanços tecnológicos, da redefinição da morte demandada pelas avançadas tecnologias de suporte de vida e pelo emergente campo dos transplantes de órgãos, mas acreditem e façam a experiência de serem acolhidos em sua dor, ultrapassa toda mera preocupação do poder médico, que se mostra cada vez mais autossuficiente e ao mesmo tempo ao mesmo tempo cada vez mais fragilizado.

A abordagem complexa aqui utilizada fez uso, outros componentes não racionais tais: os sistemas de crenças, valores, a afetividade, procedência profissional, abordagem humanizada por parte da equipe transdisciplinar, assim como a busca ativa de privilegiar os potenciais doadores, e de todos que estão com ele (família) tem contato, desde o início do processo de captação de órgãos.

O objetivo da abordagem complexa é buscar solucionar problemas não apenas identificá-los, apresentando uma solução ideal, que corresponda aos anseios das circunstâncias reais. É fundamental reconhecer que algumas vezes as circunstâncias podem ser alteradas, e em outras não, assim como algumas delas dependem dos profissionais de saúde e outras não. Os fatos e as circunstâncias devem ser adequadamente avaliados para entender o mais adequadamente possível o problema a ser abordado. Quanto mais informação e de melhor qualidade for coletada, menos ambiguidade nascerá no processo de coleta de dados e elaboração textual.

A complexidade estabelece inúmeros pontos de contato e complementaridades entre os diferentes referenciais teóricos. O princípio da justiça, por exemplo, estabelece o dever de não discriminar qualquer pessoa, podendo ser associado ao direito individual de cada pessoa em particular, de não ser discriminada, e de ser respeitada em sua decisão.

A privacidade, outro direito individual, tem como contraparte a confidencialidade, que é um dever decorrente do princípio do respeito às pessoas. O princípio da justiça, ao estabelecer, dentre outros, o dever de proteger as pessoas

vulneráveis, associa-se ao direito trans-pessoal de solidariedade, humanidade.

As virtudes, por sua vez, base de conduta para a realização destes direitos e princípios dentro do presente artigo, foram evidenciados com amor, pois ele pode-se dizer, engloba todas as demais, e serve de base e justificativa para todas as condutas adequadas do indivíduo doente e necessitadas de cuidados médicos e de enfermagem.

A alteridade cujo referencial deu unidade às diferentes perspectivas apresentadas pelos princípios, virtudes e direitos, tornou-se pedra de toque para a conduta profissional e relação da equipe assistente do paciente com morte encefálica.

A abordagem complexa, no uso de suas atribuições, pode auxiliar neste processo, servindo como um apoio qualificado, na busca de justificativas para a adequação das ações, principalmente por parte da equipe da CIHDOTT. A abordagem não vai dar respostas, não vai tomar decisões, porém permitirá o diálogo humano com os familiares envolvidos no processo de morte encefálica.

39

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem familiar deve ser feita de forma ética, respeitando o momento de perda. Necessita ser realizada de maneira sensível, esclarecedora, respeitosa, utilizando linguagem de fácil compreensão, sem pressa e de modo a oferecer conforto diante da perda e, ao mesmo tempo, a possibilidade de transformar este sofrimento num momento de esperança e expectativa de vida para outras pessoas.

A atuação da equipe da CIHDOTT exerce papel primordial na coleta de órgãos e tecidos para transplantes, pois é a partir do diálogo sincero e franco que a família passará a compreender que a doação é um ato de solidariedade humana, e representa uma nova chance de vida para muitas pessoas que se encontram nas filas de espera, aguardando um órgão.

Santos afirma:

O profissional que faz a abordagem para a realização da entrevista familiar deve estar preparado para desenvolver tal tarefa, apresentando vasto conhecimento sobre o processo doação/transplante, bem como habilidade e destreza para atuar nessa situação. Para que a família possa optar ou não pela doação, o profissional deve agir de forma próxima à família, não deixando transparecer uma posição autoritária e, sim, explanando de forma clara e objetiva a possibilidade da doação de órgãos, não coagindo ou manipulando e colocando-se à disposição da família para os esclarecimentos necessários. (2005, p. 382-387.)

A abordagem da família é uma das etapas mais delicadas enfrentada pelo profissional. É sempre solicitado ao médico responsável que esclareça antes à família a condição clínica (...) e o diagnóstico de morte encefálica. Quando a equipe da CIHDOTT chega ao hospital, os familiares estão sendo informados naquele momento da irreversibilidade do quadro neurológico, portanto, apresentam as mais diferenciadas reações, como desespero, choro compulsivo, sentimentos de profunda tristeza, revolta, mágoa, raiva, crença que haverá reversão da situação e, até mesmo, aceitação da perda. (PÜSCHEL, 2002.)

A liberdade de escolha deve ser dada a família e respeitada quanto ao resultado de sua decisão. Assim logo que é realizada a abordagem, e quando esta é realizada por profissionais que estejam seguros em propor a doação e que se preocupam com os familiares, as taxas de adesão à doação podem se elevar consideravelmente, devido à forma como a família sentiu-se respeitada em sua decisão. De tal forma que o contrário também é verdadeiro, quando a família percebe que seu familiar passa a objeto do agir médico condicionado pelo prognóstico, ao sentir-se ameaçada pelo poder tecnológico, se retrai e impede que a doação seja realizada. A família que enfrenta o dilema ter seu ente querido “usado” passa a desacreditar no agir médico, nas intenções, nas ações da equipe, nos cuidados; percebendo o fazer técnico como desatenção e insensibilidade, bloqueando qualquer tentativa de doação de órgãos.

Pesquisas apontam que a credibilidade na equipe de saúde é uma condição determinante no grau de certeza ou incerteza quanto à doação de órgãos. Estudos mostram que a equipe que conseguiu ao longo do tempo de internamento manter uma boa relação com a família do paciente, terá mais facilidade de abordá-la com relação à doação de órgãos, do que aqueles que se mantiveram indiferente quanto à dor da família, aqui subentendido que equipe, quer dizer corpo clínico do Hospital onde se estava efetuando o tratamento. A equipe transdisciplinar, fazendo menção à assistência de enfermagem que não se:

Libertar do modelo tecno-assistencial hegemônico, caracterizado pelas ações pontuais e pela centralidade na imagem do profissional de saúde, e passar agora a valorizar o espaço das relações interpessoais e o trabalho coletivo em saúde, compreendido não como o somatório de partes, mas como estratégia para a construção de projetos terapêuticos que respeitem as necessidades singulares esboçadas por cada um desses usuários. (CAVALCANTI, 2011, p. 04.)

Assim, uma atitude de zelo, de cuidado, de olhar atento é necessária por parte da equipe profissional, acima de tudo uma presença imparcial da equipe da CIHDO'TT, que aborda a família, de forma que possa acompanhar o paciente em sua trajetória de decisão, ouvindo-o, esclarecendo-o, sobretudo, respeitando-o. Esta atitude vem ao encontro do pensamento do filósofo que diz “que evidencia este cuidar, zelar enquanto uma forma de ser-com-os-outros, habitando um mesmo mundo, através das relações. Assim, quando o ser está sendo - com, está zelando, cuidando no sentido de caminhar paralelamente com o outro, compreendendo-o em seu momento existencial”. (HEIDEGGER, 1981, p. 243-300.)

O papel da equipe responsável pelo atendimento ao paciente em terapia intensiva é de vital importância. Muitas vezes, o trabalho dos profissionais fica centrado na assistência ao paciente e em atividades administrativas, havendo um distanciamento da família, o que dificulta a doação no momento que são abordados pela equipe da CIHDO'TT.

Todavia, nas situações onde esse êxito não é possível, um sentimento de impotência toma conta destes profissionais. Essas situações podem ocorrer, apesar de todo investimento. A família ao ser abordada pela equipe da CIHDO'TT não compreende que a morte chegou para seu familiar, assim a equipe que recebe a recusa de uma doação pode experimentar sentimentos contrários ao que desejava, e luto.

Aprender a lidar com esses sentimentos, mediante um questionamento constante e, às vezes doloroso, é tarefa desafiante para os profissionais de saúde que exercem seu poder de atuação junto aos familiares dos pacientes com morte encefálica, contudo, a perspectiva de vida é mais forte e gratificante toda a ação dos profissionais que atuam nestas unidades e conseguem com competência e dedicação angariar órgãos que podem salvar inúmeras vidas marcadas até então por prognósticos que levariam à morte.

As respostas e os significados para os familiares surgem a partir da interação com os profissionais da saúde, amigos e outros membros da família e expõe que o que é visto, ouvido e experienciado pela família, permanece com ela durante todo o processo, acompanhando sua dor e o desenrolar do processo de internação.

Otimizar boas doações possíveis equivale a estar próximo da família e ser atento com ela em tudo, prestando a ela e a seu ente querido um cuidado holístico e humano.

Pesquisas realizadas em vários ambientes hospitalares são claras em afirmar que familiares que permitem a doação estão intrínsecas ligadas à abordagem feita

pela comissão (clara, objetiva, segura, simples e de forma humana), tornando essencial o sucesso de todo o processo, refletindo diretamente na autorização dos familiares para a doação.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. **O Médico**. São Paulo: Papyrus, 2002.

ANAMI, E. H. T. **Implicações éticas do conceito de morte encefálica**. In: ZANCANARO, Lourenço. (Org). *Bioética: estudos e reflexões 2*. Londrina: Editora UEL, 2001.

BATISTA, C. C. **A Morte no contexto da Medicina**. In: Revista Razão e Fé, Pelotas, 7(1): 5-28, jan-jun/2005.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Critérios para caracterização de morte encefálica**. Resolução nº1480, de 08 de agosto de 1997. Diário Oficial, Brasília, Seção I, p.18.227,1991.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. **Resolução 148.097, de 07 de outubro de 1997**. Diário Oficial, Brasília.

BRASIL. Lei nº 9434 de 04 de fevereiro de 1997. **Remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo para fins de transplante e tratamento**. Disponível em: <<http://www.Ufrgs.Br/ufrgs>>. Acessado em outubro de 2010.

BRASIL, Decreto Lei nº 2268 de 30 de junho de 1997. **Regulamentam a Lei nº 9434 sobre a doação de órgãos no Brasil**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 1997 jul, 123 (99): 6110.

BRASIL. **Medida Provisória nº 1718 de seis de outubro de 1998**. Acresce parágrafo ao art. 4º da Lei nº 9434 de quatro de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo para fins de transplante e tratamento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 07 de out. De 1998. Disponível em <<http://www.Ufrgs.Br/ufrgs>>. Acessado em outubro de 2010.

BRASIL. **Resolução COFEN 292/2004, Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos**. Rio de Janeiro, 07 de junho de 2004.

BOUSSO, R. S. **O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva.** Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 45-54.

CAVALCANTI, J. R. ET AL. **Enfermería y traumatismo craneoencefálico: estudio de revisión sistemática de literatura.** In: Revista de enfermagem UFPE on line. 2011, jan. / fev. 5(1): 128-33.

COIMBRA, C.G. **Brain stem death: insppropriate interpretation.** In: Eletrnic response to: Education and Debate. BMJ 2000; 320:1266-1268. Disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/eletters/320/7244/1266>. Acesso em 15 mar.2011.

_____. **Apnéia na morte encefálica.** São Paulo (SP) UNIFESP; 2001. Citado em 26 de set. de 2007. Disponível em: [url:http://www.unife.sp.br/dneuro/apnea.htm](http://www.unife.sp.br/dneuro/apnea.htm). Acesso em out/2010.

Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.**

DOIG, C. J. BURGESS, Ellen. Brain death: resolving inconsistencies in the ethical declaration of death [La mort cérébrale: résoudre les contradictions de la déclaration éthique de la mort]. Canadian Journal Anesth, 2003 / 50: 7 / pp 725-731.

FERNÁNDEZ, J. G. **10 palavras-chaves em bioética: bioética, aborto, eutanásia, pena de morte, reprodução assistida, manipulação genética, AIDS, drogas, transplantes de órgãos, ecologia.** São Paulo: Paulinas, 2000.

FILHO, V. D.; SARDINHA, L. A.; FALCÃO, A. L.; ARAÚJO, S.; TERZI, R.; DAMASCENO, B. P. **Dos conceitos de morte aos critérios para o diagnóstico de morte encefálica.** Disponível em: http://www.biomedexperts.com/Profile.bme/288792/Ven%C3%A2ncio_Pereira_Dantas_Filho. Arq. Neuropsiquiatria, 1996;54(4): 705-710. Acesso em: 15 mar.2011.

FILHO, V. D.; SARDINHA, Luis Antonio; FALCÃO, Antonio Luis; ARAÚJO, S.; TERZI, R.; DAMASCENO, B. P. **Morte encefálica, considerações gerais e protocolo para seu diagnóstico.** In: Revista brasileira terapia intensiva;4(2):50-4, abr.-jun. 1992. ilus.

GOGLIANO, D. **Pacientes terminais-Morte encefálica.** Bioética, v.1, n.2, p. 145-56, 1993.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo.** Tradução de Márcia de Sá Cavalcante. Rio de Janeiro: Vozes 1981.

JONAS, H. **Técnica, Medicina y ética: La práctica Del principio de responsabilidad.** Paidós: 1997.

LEI ORDINÁRIA nº 5479, de 10 de agosto de 1968. Dispõe Sobre a Retirada e Transplante de Tecidos, Órgãos e Partes de Cadáver para Finalidade Terapêutica e Científica, e da Outras Providencias. Disponível em: <http://br.vlex.com/vid/retirada-transplante-cadaver-terapeutica-34172496#ixzz1IftLpJC8>. Acesso em: 15 de mar/2011.

LUPARELLI, C. R. M. da S. **Enfermeiros no processo de manutenção de potenciais doadores de órgãos para transplante.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2009.

MELO, J. **Decisões médicas em fim de Vida: Questões Éticas para a Medicina nas Sociedades Ocidentais.** p. 487-504. IN: Revista Portuguesa de Filosofia, v.66 – Fasc.2, 2010.

MENDES, F. R. da S. **Aportes do Paradigma da Responsabilidade na Bioética segundo Hans Jonas.** In: Razão e Fé. Pelotas, 11 (2):61-77, jul-dez/2009.

MELANO, R. SCARLATTI, R. **El test de apnea em El diagnostico de muerte encefálica: comparación entre dos métodos de realización y analisis de lãs complicaciones.** IN: VI CONGRESO DE LA SOCIETAT CATALANA DE TRASPLANTAMENT EM LA CIUDAD DE BARCELONA, Enero de 2001 y publicado en: Transplantation Proceedings, 2002; Vol 34, p.11-12.

PORTARIA MS nº 1.262, de 16 de junho de 2006 - DOU 19.06.2006. Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Brasília, 2006. Acesso em: 15 de outubro de 2010, e disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/POR-TARIA/Port2006/GM/GM-1262>.

POWNER, D.; ACKERMAN, B.; GRENVIK, A. **Medical diagnosis of death in adults: historical contributions to current controversies.** Lanet, 1996; 348:1219-1223.

PÜSCHEL VAA, Rodrigues AS, Moraes MW. **A atuação da enfermeira na captação de órgãos para transplante em São Paulo: uma abordagem legal e bioética.** Mundo Saúde 2002; 26(1): 167-73.

Regimento Interno da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT. Curitiba, 2010.

SANTOS, MJ, MASSAROLLO M.C.K.B. **Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres.** Revista Latino Americana de Enfermagem 2005; 13(3): 382-7.

SGRECCIA, E. **Manuale di Bioetica: Fondamenti Ed ética biomédica.** Milano: Vita e Pensiero, 1988.

STOBBE, J. C. **Visão Geriátrica sobre a morte.** In: Razão e Fé. Pelotas, 8(1): 5-14, jan-jun/2006.