



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE
CONTEMPORÂNEA
MESTRADO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

MARIA CONSTANÇA VELLOSO CAJADO

DOAR OU NÃO DOAR, EIS A QUESTÃO:
IMPASSES SUBJETIVOS NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS
E TECIDOS PARA TRANSPLANTES

SALVADOR
2011

MARIA CONSTANÇA VELLOSO CAJADO

**DOAR OU NÃO DOAR, EIS A QUESTÃO:
IMPASSES SUBJETIVOS NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE
ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anamélia Lins e Silva Franco.

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Analícea de Souza Calmon Santos

SALVADOR
2011

Maria Constança Velloso Cajado

Doar ou não doar, eis a questão:

Impasses subjetivos no processo de doação de órgãos e tecidos para
transplantes

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea, Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Anamélia Lins e Silva Franco – Orientadora
Doutora em Saúde Pública pela UFBA
Profa. do Programa de Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea – UCSal

Maria Lívia Tourinho Moretto
Doutora em Psicologia Clínica pela USP
Profa. do Instituto de Psicologia – IPUSP

Rita de Cássia Martins Alves Silva
Pós-Doutora em Hepatologia e Transplante de Fígado pela LiverUnit of the Queen Elizabeth of the Birmingham University, Inglaterra.
Profa. da Faculdade de Medicina de São José de Rio Preto – FAMERP – SP

UCSAL. Sistema de Bibliotecas

C139 Cajado, Maria Constança Velloso
Doar ou não doar, eis a questão: impasses subjetivos no
processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes/ Maria
Constança Velloso Cajado. – Salvador, 2011
202 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em
Família na Sociedade Contemporânea.

Orientação: Profª. Drª. Anamélia Lins e Silva Franco.

Co-Orientação: Profª Drª. Analícea de Souza Calmon Santos.

1. Doação de órgãos 2. Impasses subjetivos – Doação de
órgãos. 3. Entrevista familiar 4. Negativa familiar I. Título.

CDU616-089:316.356.2

Dedico este trabalho às crianças e aos adolescentes portadores de patologias renais, principais responsáveis pelo meu interesse na causa da doação. A todos os familiares e profissionais que junto comigo participaram desse processo. A meus filhos Ana Paula e Luca, que este trabalho sirva como exemplo de perseverança e luta por um ideal. À minha mãe Anna Maria, que não mede esforços para ajudar o próximo. A meu pai Raul Cajado (*in memoriam*), pelo exemplo de equilíbrio, competência e dedicação familiar.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Profa. Dra. Anamélia Franco, pela segurança, firmeza, competência, sabedoria e experiência. Por sempre apontar novos rumos diante das pedras encontradas no nosso caminho. Os meus mais sinceros agradecimentos.

À minha co-orientadora, Profa. Dra. Analícea Calmon, pela gentileza e delicadeza em aceitar o convite para inicialmente revisar os casos e, depois, pela competência e participação efetiva no trabalho, pela dedicação e cuidados com os detalhes, principalmente no que diz respeito à base teórica da psicanálise.

À Prof^a. Dra. Maria de Lourdes Ornellas, pela participação no Exame de Qualificação.

À Prof^a. Dra. Rita de Cássia Silva que participou desde a Banca de Qualificação, pela importante colaboração na realização desta pesquisa.

À Prof^a. Dra. Maria Lívia Tourinho Moretto pela disponibilidade e riqueza de suas contribuições.

A Dr. Eraldo Salustiano Moura, coordenador de transplantes do Estado, porque esteve sempre disponível para contribuir e cuja dedicação à causa da doação e do transplante me serviu de estímulo para prosseguir com esse sonho.

À Enf^a. Ana Christina Lordello, pelo acolhimento na Central de Órgãos do Hospital Geral do Estado. A toda equipe da Central, pelo exemplo de dedicação à causa da doação. Em especial as profissionais que participaram dessa pesquisa, as que aceitaram o meu acompanhamento durante a entrevista familiar para doação, como também, dentre estas, as que concederam a entrevista para esta pesquisa.

Aos familiares, que apesar da dolorosa perda de um ente querido concederam a entrevista deste estudo, fundamental para a realização desta pesquisa. O meu mais profundo agradecimento.

A Dr. José Roberval Ferreira, coordenador da CIHDOTT do Hospital Geral Roberto Santos, pelas diversas contribuições durante este percurso. Meus mais sinceros agradecimentos.

Às minhas colegas da CIHDOTT, pelas nossas discussões que foram fundamentais para enriquecer o nosso aprendizado: Márcia, Patrícia e em especial a Elisângela.

A Eridan Almeida, pela atenção e o cuidado durante as transcrições dos casos.

Aos meus alunos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, pela troca de aprendizado e pelos questionamentos sobre a causa da doação que me possibilitaram aprofundar minhas reflexões sobre o tema.

À minha colega Profa. Eliana Edington, pela disponibilidade de ajuda no momento de concluir, o mais profundo e sinceros agradecimentos.

À Mônica Daltro, coordenadora do curso de Psicologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e Lígia Vilas Boas, coordenadora pedagógica, pelo estímulo e cuidado dispensados nesta fase do mestrado.

A Marcus Vinícius Oliveira da Silva pela disponibilidade em ajudar nas formatações finais, muito obrigada.

À minha analista do coração, Angélica Teixeira, pela escuta, que nesse longo percurso de análise me possibilitou em diversos momentos, refletir e mudar de posição.

Aos meus amigos: Luciane Stifman, pela escuta à minha demanda de falar sobre o tema do mestrado, logo nos momentos iniciais; Andréa Steele, Simone Sampaio e José Raimundo, por compreenderem minha ausência e ainda assim, não desistirem de me chamar para sair.

Ao meu amigo e irmão de coração Leo, pela disponibilidade em ajudar sempre em diversos momentos ao longo da minha vida e nesse em especial.

A Marcelo Hoover, pelo carinho, paciência e disponibilidade para atender sempre aos meus pedidos.

À psicanalista Marcela Antelo, pelo nosso atual percurso.

À minha filha Ana Paula, pela nossa amizade, pela dedicação e disposição para ajudar em todos os momentos a mim, a Luca e a sua avó. Obrigada, de coração.

Ao meu filho, meu malinha Luca, pelas travessuras em casa enquanto eu precisava de paz para escrever. Pelas inúmeras interrupções que me fizeram voltar para o ponto onde parei muito mais “turbinada”.

À minha mãe Anna Maria, que sempre esteve junto de mim, me amparando em todos os momentos da minha vida. Obrigada por ainda estar aqui, vamos comemorar mais uma conquista.

Ao meu pai Raul Cajado (*in memoriam*), pelo desejo de que todos os filhos seguissem o caminho do estudo, da formação, pelo exemplo de profissionalismo, pela determinação e firmeza nas decisões, pela paciência, tolerância e pelo equilíbrio que sempre o conduziu, inclusive até o momento final.

A Deus, por ter me ajudado nesse processo e ter me guiado até o fim.

A morte chega cedo

A morte chega cedo,
Pois breve é toda vida
O instante é o arremedo
De uma coisa perdida.
O amor foi começado,
O ideal não acabou,
E quem tenha alcançado
Não sabe o que alcançou.
E tudo isto a morte
Risca por não estar certo
No caderno da sorte
Que Deus deixou aberto.

Fernando Pessoa

RESUMO

A negativa familiar para doação é um dos principais entraves do processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes no Estado da Bahia. A família é a principal responsável pela decisão sobre a doação. Consideramos a falta de informação da população como um fator relevante. Entretanto, o profissional que conduz a entrevista familiar para doação de órgãos tem um papel fundamental nesse momento de decisão. O objetivo deste trabalho é revelar os impasses subjetivos intervenientes em familiares e profissionais que participam do referido processo. Especificamente, buscamos identificar a percepção dos profissionais sobre o afeto, sentimento e emoção na experiência vivida pelos familiares, como também a sua própria experiência durante a entrevista familiar para doação. Interrogamos se os profissionais identificam e manejam os impasses subjetivos quando do acompanhamento a familiares de pacientes potenciais doadores de um hospital geral da cidade de Salvador. Questionamos se as condições de realização da entrevista familiar para doação são favoráveis para a decisão. Interrogamos se a família apresenta demanda para ser assistida em suas questões subjetivas desde um momento anterior à referida entrevista. O estudo tem como base a teoria psicanalítica e foi orientado por uma abordagem qualitativa baseada em Turato (2010) e Minayo (2010). Utilizamos três estratégias de coleta de dados: diários de campo; entrevista familiar e entrevista profissional. Foram acompanhadas dez famílias durante a realização da entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos. Posteriormente, realizamos entrevistas individuais com um membro da família e com o profissional que conduziu a entrevista da doação. Os dez casos foram elaborados a partir dos três instrumentos acima referidos e de articulações teóricas com a psicanálise. A angústia foi o afeto mais presente nos casos analisados. Os profissionais apresentam dificuldades para lidar com os aspectos subjetivos que envolvem o processo. Outro fator significativo revelado no presente estudo foi o curto espaço de tempo oferecido à família entre a comunicação da morte encefálica e a decisão sobre a doação. Nesse sentido, a partir da teoria psicanalítica no que se refere ao tempo lógico, consideramos que a família passa do instante de ver a possibilidade da morte para o momento de concluir sobre a doação sem passar pelo tempo de compreender o real da morte. Nesse estudo houve negativa familiar em setenta por cento dos casos. Consideramos que a família, além de ser acolhida, ela precisa ser escutada em sua demanda subjetiva desde a abertura do protocolo de morte encefálica, até o momento da entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Palavras-chave: Doação de órgãos. Impasses subjetivos. Entrevista familiar. Negativa familiar.

ABSTRACT

Family's negative answer about donation is a major constraint in the process of donating organs and tissue for transplants in the state of Bahia. The family is the primarily responsible for the decision about donation. We consider the lack of information of the population as a factor. However, the professional who conducts the interview family for organ donation has a key role in this moment of decision. The objective of this study is to reveal the subjective deadlocks of family and professional who participate in this process. Specifically, we sought to identify the professionals' perception, feeling and emotion in the family experience, as well as his own experience during the family interview for donation. We had to question the professionals if they could identify and handle the deadlocks subjective when they are monitoring the potential donor family members of patients in a general hospital of Salvador. We question whether the conditions of the interview family for donation are favorable for the decision. Was questioned if the family has demand to be assisted in their subjective questions from a time prior to that interview. The study is based on psychoanalytic theory and was guided by a qualitative approach based on Turato (2010) and Minayo (2010). We used three data collection strategies, field diaries, family interview and job interview. Ten families were accompanied during the interview family for the donation of organs and tissues. Subsequently, we conducted individual interviews with a family member and a person who conducted the interview of the donation. The ten cases were drawn from the three instruments mentioned above and theoretical articulations with psychoanalysis. The anguish was the affection more present in the cases analyzed. Professionals have difficulty dealing with the subjective aspects that involve the process. Another significant factor revealed in the present study was the short time given to the family of communication between brain death and the decision about donation. In this sense, from the psychoanalytic theory in relation to logical time, we believe that the family spends the time to see the possibility of death for the moment to conclude about giving without spending the time to understand the real death. In this study there was a negative family in seventy percent of cases. We consider the family, and be accepted, it must be heard in their subjective demand since the opening of brain death protocol, until the moment of family interview for donation of organs and tissues for transplantation.

Key words: Organ donation. Subjective deadlocks . Interview family. Negative family.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REALIDADE DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS NO BRASIL	15
2.1	CONHECENDO O TRANSPLANTE E A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS NO BRASIL	15
2.2	COMPREENDENDO O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS	24
2.3	ESTUDOS SOBRE DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS	27
3	AFETO, TEMPO E MORTE: CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS	36
3.1	AFETO	37
3.2	CONSIDERAÇÕES AO TEMPO	45
3.3	SOBRE A MORTE	50
4	PERCURSO METODOLÓGICO	59
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	59
4.2	PARTICIPANTES	61
4.3	ESTRATÉGIAS DE COLETA DE DADOS	62
4.4	SISTEMATIZAÇÃO DA ANÁLISE DOS DADOS	65
4.5	ELEMENTOS DA DISCUSSÃO	66
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	67
5	APRESENTAÇÃO DOS CASOS	69
5.1	CASO 1 – Do Desejo Expresso em Vida à Denegação Familiar	70
5.2	CASO 2 – Da Resistência Profissional à Negativa Familiar	74
5.3	CASO 3 – A Falta de Integração Profissional que se Repete na Doação	80
5.4	CASO 4 – Quando a Dor de Perder um Filho Dói no Fundo do Coração	90
5.5	CASO 5 – Josué: um caso de Angústia, emoção, desespero e dor	97

5.6	CASO 6 – Benedita: um caso de “Desorganização Mental” e Familiar	109
5.7	CASO 7 – A Falta de Tempo na Doação: do Instante de Ver à Impossibilidade de Concluir	122
5.8	CASO 8 – Rosa: um caso de Angústia, Sofrimento, Desespero, Dor e “Dúvida Mental Sentimental”	129
5.9	CASO 9 – “Uma Continuidade Suposta Teórica”	139
5.10	CASO 10 – “To Salvando, Salvando outras Vidas	150
6	ANÁLISE E DISCUSSÃO	156
	I - A família diante da gravidade do caso e da abertura do protocolo de ME	157
	II - A família diante do fechamento e do diagnóstico de ME	159
	III - Entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos	163
	IV - Afeto, Sentimento e Emoção intervenientes em familiares e profissionais	169
	V – O momento mais difícil para os familiares e profissionais	174
	VI - O tempo envolvido no processo de doação de órgãos e tecidos	177
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	182
	REFERÊNCIAS	188
	APÊNDICES	195
	APÊNDICE A - TCLE – Familiares	196
	APÊNDICE B - TCLE – Profissionais	198
	APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista – Familiares	200
	APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista – Profissionais	201
	APÊNDICE E - Instrumentos Utilizados para Elaboração dos Casos	202

1 INTRODUÇÃO

No Brasil e no mundo, existem milhares de pessoas aguardando a oportunidade de submeter-se a um transplante de órgãos ou tecidos. A aproximação da autora com a realidade do transplante surgiu há oito anos; antes foi percorrido um longo caminho como psicóloga em instituição hospitalar, especificamente em um hospital terciário de alta complexidade da rede pública da cidade de Salvador.

Em 2003 houve a oportunidade de participar de uma equipe interdisciplinar que prestava assistência a pacientes portadores de patologias renais. Como psicóloga, atendia a diversas atribuições, dentre elas, acompanhar crianças e adolescentes que eram atendidos na unidade de hemodiálise pediátrica; realizar avaliação psicológica nos casos de encaminhamentos para o transplante. Embora houvesse nesse programa uma diversidade de casos e demandas para atendimento e encaminhamento de crianças e adolescentes com necessidades de transplante renal, apenas algumas delas conseguiam realizar esse sonho, e ainda assim através dos Estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, pois no Estado da Bahia não realiza transplante renal nesses casos de crianças e adolescentes.

Logo no início da experiência, aprendi que o transplante não oferece a cura para os pacientes, todavia oportuniza a forma de tratamento mais desejada pela maioria dos pacientes. Crianças que viviam dependentes de uma máquina de hemodiálise, de modo similar aguardavam com expectativa a oportunidade do transplante. Então, foi possível compreender que o transplante é um procedimento complexo, não somente do ponto de vista da medicina, mas também do subjetivo. No caso dos pacientes renais crônicos que precisam do transplante, restavam duas chances: conseguir o órgão a partir de um doador vivo, normalmente de um familiar próximo; ou através da doação de um doador falecido. Dentro dessa realidade, foi possível considerar que o transplante, mesmo quando viável a partir do desejo de um familiar de doar o órgão, ainda assim é um procedimento muito delicado, a envolver inúmeras questões subjetivas tanto para o doador como para o receptor. Em alguns casos, ocorreu a incompatibilidade orgânica com o familiar que se prontificara a doar um dos rins. Em outros, o familiar compatível recusou-se a conceder a doação. Durante esse período, foram acompanhados alguns casos que envolviam diversos conflitos familiares, dentre eles recordo-me de uma criança que

começou a fazer hemodiálise com oito anos e faleceu quando completados catorze anos. Ela era compatível com a mãe, porém sua genitora recusava-se a “perder peso”, exigência fundamental para submeter-se à cirurgia de transplante.

Em 2005, conforme determinação da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia houve a composição da Comissão Intra-hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). Passamos a compor a Comissão, juntamente com outros profissionais. A CIHDOTT era composta por dois médicos, duas enfermeiras, uma psicóloga e uma assistente social. A partir dessa composição, verificou-se a necessidade de definir tarefas: à enfermeira coube a responsabilidade pela busca ativa, dentre outras; à área da psicologia, apresentar um roteiro para a realização da entrevista familiar para doação, como também orientar o grupo sobre a temática. Tomando por base a demanda, passei a pesquisar e aprimorar conhecimentos sobre o assunto.

Na minha prática profissional como membro da CIHDOTT, passei a realizar entrevistas familiares para doação de órgãos e tecidos para transplantes. Para além desse cumprimento, ainda cabia à psicóloga, assim como à assistente social, a responsabilidade pela atividade de educação sobre doação de órgãos e tecidos junto com os profissionais da instituição. Nesse ínterim, despedi-me dos meus pacientes portadores de doenças renais e passei a trabalhar em dedicação exclusiva para a CIHDOTT, pela causa da doação de órgãos e tecidos.

Em relação a família no processo de doação, a literatura refere que um dos entraves da doação de órgãos é a negativa familiar. Em estudo anterior à presente pesquisa, intitulado: “Significações familiares sobre o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes” (2007), busquei identificar os principais fatores que influenciam na decisão familiar sobre doação de órgãos e tecidos, com vistas a aprofundar o tema. Além de recorrer a estudos teóricos e empíricos sobre a família no processo de doação, passei a observar na prática e a questionar conteúdos mais específicos da nossa área – considerados mais subjetivos – que estão presentes de forma latente, ou manifesta, em momentos dolorosos face à perda de um ente querido.

O interesse pelo tema afeto, sentimento e emoção, vividos por familiares e profissionais envolvidos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, surgiu quando da minha prática enquanto psicóloga integrante da CIHDOTT e que realizava e acompanhava a entrevista familiar para doação,

juntamente com outros colegas. Disponibiliza-se, notadamente, a escuta ao sofrimento, à angústia e aos impasses subjetivos, em muitos casos, desde o momento da abertura do protocolo de morte encefálica até o encerramento com a entrevista familiar para doação. Como profissional voltada a intervir no campo da subjetividade, estive sempre buscando discutir, com os membros da CIHDOTT, os casos que juntos acompanhávamos, ou, até mesmo, aqueles que não pude acompanhar devido a desencontros nos horários dos plantões.

A partir de muitas discussões, como também das aulas ministradas sobre o tema, sempre levantei questões sobre o impacto da morte e o lugar que a família ocupa diante desse processo. Nesse caso, compete à família a decisão central, que tanto pode representar o desejo do paciente em vida, ou a escolha familiar. Tal decisão muitas vezes é permeada por conflitos familiares; pela falta de informação sobre o desejo do paciente em vida; desconfiança sobre o processo; dificuldades de compreensão sobre a morte encefálica e impasses subjetivos. Para se chegar a uma decisão mais elaborada sobre a possibilidade da doação, é fundamental percorrer um delicado caminho pelo campo da subjetividade, entre outros. Compete aos profissionais que realizam a referida entrevista acolher e sustentar a escuta em um campo permeado de sentimento, emoção e afeto, notadamente: dor, medo, desespero, raiva e angústia. A base teórica deste estudo é a Psicanálise, escolhida a partir da formação permanente da pesquisadora, de leituras diversas sobre a teoria psicanalítica, principalmente no caso deste estudo sobre os trabalhos que tratam do afeto, do tempo lógico e da morte.

Esta pesquisa parte do pressuposto de que, durante o processo de doação, a família apresenta demanda para ser assistida em suas questões subjetivas, tais como: expressão de sentimento, afeto e emoção. Estes podem representar impasses subjetivos que precisam ser identificados, acolhidos e manejados pelos profissionais responsáveis pela condução do referido processo.

Neste estudo buscamos identificar se os profissionais que conduzem a entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos para transplantes identificam e manejam tais impasses apresentados pelos familiares e os seus próprios durante um período compreendido entre a abertura do protocolo de morte encefálica até a realização da entrevista familiar para doação.

Acreditamos que o tempo oferecido à família entre a comunicação da morte encefálica e a decisão sobre a doação pode ser curto. A pressa exigida na decisão

familiar sobre a doação pode antecipar uma decisão imatura permeada de impasses subjetivos. Tais fatores subjetivos, quando não trabalhados, podem contribuir para a negativa familiar quanto à doação de órgãos e tecidos para transplantes. Questionamos se as condições de realização da entrevista familiar para doação são favoráveis para a decisão. Interrogamos se os profissionais identificam e manejam os impasses subjetivos quando do acompanhamento a familiares de pacientes potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. Os questionamentos apresentados permearam as hipóteses investigativas deste trabalho.

O estudo tem como base a teoria psicanalítica e foi orientado por uma abordagem qualitativa baseada em Turato (2010) e Minayo (2010). Utilizamos três estratégias de coleta de dados: diários de campo; entrevista familiar e entrevista profissional. Foram acompanhadas dez famílias durante a realização da entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos. Posteriormente, realizamos entrevistas individuais com um membro da família e com o profissional que conduziu a entrevista da doação. Os dez casos foram elaborados a partir dos três instrumentos acima referidos e de articulações teóricas com a psicanálise.

O objetivo deste trabalho é revelar os impasses subjetivos intervenientes em familiares e profissionais que participaram do referido processo. Especificamente, buscamos identificar a percepção dos profissionais sobre o afeto, sentimento e emoção na experiência vivida pelos familiares, como também a sua própria experiência durante a entrevista familiar para doação.

Este estudo foi dividido em sete capítulos, ao longo dos quais o tema será desenvolvido: introdução; realidade do transplante de órgãos no Brasil; afeto, tempo e morte – considerações psicanalíticas; percurso metodológico; apresentação dos casos, análise e discussão; considerações finais.

É importante ressaltar que na literatura em língua portuguesa não foram encontrados estudos empíricos com o referencial da psicanálise que tratem dos conteúdos subjetivos envolvidos no processo de doação, especificamente relacionados à entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos para transplantes. Pretende-se que este estudo, por ser pioneiro, venha a contribuir com a literatura atual sobre o tema, como também favorecer a compreensão que envolve a negativa familiar e os impasses subjetivos inerentes à família e aos profissionais envolvidos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

2 REALIDADE DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS NO BRASIL

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, MS, 2005), o Brasil tem o maior programa público de transplantes do mundo. O Sistema Único de Saúde (SUS) financia 92% dos transplantes realizados no País.

2.1 CONHECENDO O TRANSPLANTE E A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS NO BRASIL

O transplante de órgãos não é uma ideia da sociedade contemporânea. Há muitos séculos, o homem preocupa-se em substituir órgãos ou tecidos doentes por outros sadios. Segundo Lazzaretti (2007), a primeira menção a respeito de transplante de órgãos data da Idade Média. A lenda conta que os santos São Cosme e São Damião, no ano de 348 d.C., transplantaram a perna de um escravo etíope, cuja morte era recente, para o lugar da perna gangrenada de um fiel de sua igreja, e que no dia seguinte o cristão andou com as duas pernas, uma negra e a outra branca, ambas sadias.

A mesma autora refere ainda que a mitologia egípcia e greco-romana oferece inúmeros exemplos de metamorfose, cujos exemplos conhecidos são o Centauro e o Minotauro. Nos filmes de ficção e na literatura, existe o monstro criado por Dr. Frankenstein. Na versão clássica do filme, o corpo grotesco do monstro é uma junção de fragmentos de pessoas mortas e animadas pelo espírito da ciência. O cérebro, acidentalmente transplantado para seu crânio, advém de um criminoso. Essa mistura de lenda e ficção representa simbolicamente o fascínio do homem pela diversidade de cirurgias reparadoras que ele desejava realizar.

Fonseca e Carvalho (2005) contam que historicamente o processo de doação e transplante teve início a partir da experiência com animais e posteriormente com seres humanos. O termo transplante foi utilizado pela primeira vez por John Hunter, em 1778, a partir de sua experiência com animais. No início do século XIX, os autotransplantes de pele começaram a ser realizados. Em 1881, deu-se início aos alitranplantes ósseos. O primeiro transplante de córnea aconteceu somente em 1905, em pleno século XX. O primeiro transplante renal foi realizado em 1933, por

Voronoy. Em 1939 realizou-se o primeiro transplante de medula óssea. Em 1963, Dr. Thomaz Starzl fez o primeiro transplante de fígado, em Denver, no Colorado. Dr. Barnard fez o primeiro transplante cardíaco em 1967, na Cidade do Cabo, África do Sul. Em relação ao transplante de pulmão, foi realizado em 1963, nos Estados Unidos. Os avanços científicos, como se pode perceber, progrediram rapidamente. Na esteira do progresso, a doação de órgãos passa a ser fundamental etapa para a realização dos transplantes.

No Brasil, o primeiro transplante de órgão sólido, de rim, ocorreu em 1964, no Rio de Janeiro; em 1968, foram feitos de coração e fígado, em São Paulo; em 1989, de pulmão, em Porto Alegre (REVISTA VEJA, 2009).

Garcia e Zimmermann (2002) afirmam que o transplante de órgãos deixou de ser um procedimento experimental para tornar-se o tratamento de escolha para uma variedade de doenças, representando um dos maiores triunfos da medicina no século XX. Essa evolução só foi possível a partir do controle de problemas como a rejeição do enxerto, as infecções secundárias à imunossupressão induzida e a seleção de doadores e receptores mais compatíveis. Marinho (2006) afirma que desde a década de 1990 o progresso brasileiro na realização dos transplantes tem sido considerável.

Segundo Moraes (2007), no Brasil existem mais de 60 mil pessoas aguardando por um órgão ou tecido, porém faltam doadores para possibilitar os transplantes (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, 2005). A quantidade de órgãos de doador falecido é insuficiente para atender às necessidades de todas as pessoas que precisam de um transplante.

Atualmente, cresce a necessidade de órgãos para transplante. Desde que o transplante de órgãos passou a ser a única possibilidade de vida para muitos pacientes com doenças em fase terminal, a escassez de órgãos vem crescendo progressivamente. Dessa maneira, a demanda supera em muito a oferta, motivo pelo qual muitos dos pacientes que aguardam na fila de espera não resistem e morrem antes do benefício, precocemente.

De acordo com Rech e Rodrigues (2007), alguns fatores são apontados como empecilho para o processo de doação, sendo os maiores: falta de identificação do paciente em morte encefálica, manuseio inadequado do doador e recusa familiar para doação de órgãos. Os autores mencionam que o melhor instrumento para

reduzir os índices da escassez de órgãos seria aumentar as taxas de consentimento familiar para doação.

Conforme Fonseca e Carvalho (2005), a realidade em torno da temática doação e transplantes de órgãos e tecidos é complexa. Podemos considerar que o tema é muito amplo e está diretamente relacionado às dimensões éticas, sociais, culturais, psicológicas, religiosas e econômicas, dentre outras.

De acordo com Moraes e Massarollo (2006), são muitos os obstáculos, e a recusa familiar vem sendo apontada como uma das maiores causas da diminuição de disponibilização de órgãos de doadores falecidos. Segundo os autores, os motivos mais frequentes para a recusa familiar para doação de órgãos e tecidos são:

- (1) Desconhecimento do diagnóstico de morte encefálica;
- (2) desconhecimento do desejo do falecido;
- (3) inadequação da entrevista familiar na solicitação da doação;
- (4) problemas com a integridade ou imagem do corpo após a extração dos órgãos e tecidos;
- (5) questões religiosas;
- e (6) recusa em vida por parte do falecido.

Roza *et al.* (2009) referem que um estudo realizado no Canadá, envolvendo sete famílias, teve como objetivo identificar as necessidades das famílias no processo de doação. Os resultados demonstraram que as famílias necessitam de informação e suporte emocional na fase crítica de internação de seu familiar; a possibilidade de visitas frequentes às UTI's; e o consentimento para a doação devendo ser um consenso entre a família e o desejo do paciente, manifestado em vida. No Brasil, houve um estudo realizado com sete familiares de pacientes doadores e foi revelado que esta experiência é sofrida, estressante e por vezes ambígua. Apesar da dor da perda, a atitude da doação conforta. Segundo os autores, por vezes o sentimento de arrependimento pela doação pode se manifestar. Entretanto, há uma tendência ao consentimento familiar para doação quando os familiares são bem orientados sobre a morte encefálica e a finalidade humanística de doar.

Segundo Marinero (1995), a Espanha é um país que tem a taxa de doação mais alta do planeta. Eles consideram a entrevista familiar para doação como parte da evolução histórica dos transplantes, por ser um passo obrigatório na maioria dos países. Entretanto, a entrevista pode ser considerada um fator limitante para o aumento das doações se considerarmos que as famílias encontram-se em um

momento de grande choque emocional. O autor refere que alguns estudos mostram a influência de distintos fatores a serem considerados para os resultados do consentimento familiar para doação, dentre esses, as características do hospital; o momento em que se efetua a solicitação da doação; a formação dos entrevistadores; fatores éticos e culturais.

De acordo com Cuiabano (2010), a Espanha é o país com o maior índice de doações entre os demais: 33,8 doações por milhão de habitantes (pmh). Portugal encontra-se no segundo lugar, com 26,7 doações (pmh). O presidente da Organização Nacional de Transplantes da Espanha, Rafael Matesans, levou o país ao primeiro lugar no ranking mundial a partir de 1992. A estratégia utilizada foi a colocação de profissionais coordenadores de transplantes treinados para manejar todo o processo de doação/transplantes desde como se detecta o potencial doador até “como se fala com a família para doação de órgãos”. Eles apresentaram um aumento triplicado de doações, de 500 para 1500 (pmh). Segundo Rafael Matesans, no Brasil é preciso ter mais “organização e vontade política”. Nas palavras dele: “O Brasil é um dos países da América Latina que não está fazendo a lição de casa” ao contar com apenas 05 doadores (pmh). O Uruguai conta hoje com 25 (pmh). Matesanz propõe que o Brasil adote uma nova organização do sistema através da inserção de profissionais médicos para atuarem como coordenadores de transplantes nos hospitais, com tempo e remuneração específicos e adequados à função. Esta é a principal característica do Modelo Espanhol recomendado pela OMS. No Brasil, os estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul seguem esse modelo e se tornaram referência em doação.

Leonardelli (2000) informa que no Brasil, em 1997, a partir da Lei dos Transplantes, que determina os critérios para captação e distribuição de órgãos e tecidos, criou-se o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), que estimulou o programa de doação e transplante de órgãos e tecidos. De acordo com o mesmo autor, a Lei de Transplantes no Brasil é baseada no Modelo Espanhol. Referido autor menciona que, a partir da criação das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO's), ou das Centrais de Transplantes Estaduais, juntamente com a consciência dos setores competentes alertando para o problema, houve um aumento significativo no número de transplantes. No âmbito hospitalar, observou-se um grande impulso a partir da criação das “Comissões Intra-Hospitalares para Transplantes”, surgidas por força da lei, que passou a obrigar

todos os hospitais do SUS a compor grupos de atuação dentro dos hospitais para identificar potenciais doadores e efetivar as doações. Atualmente, são denominadas de Comissão Intra-hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). Entre as atribuições dos membros da CIHDOTT, constam: realizar a busca ativa; identificar o potencial doador; agilizar o protocolo de morte encefálica e realizar a entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos para transplantes.

O Serviço Nacional de Transplantes (SNT) do Ministério da Saúde (BRASIL, MS, 2005) é responsável pelo gerenciamento e fiscalização das atividades de captação e distribuição de órgãos e tecidos para transplantes no país. Todos os órgãos ou tecidos obtidos de um doador são distribuídos segundo o critério de Lista Única. Ou seja, todos eles seguem um conjunto de critérios específicos de distribuição para cada tipo de órgão ou tecido, selecionando-se assim o receptor adequado.

Para Garcia e Zimmermann (2002), os transplantes podem ser realizados com órgãos provenientes de doadores vivos relacionados, não relacionados, somente através da justiça, ou de um doador falecido. A necessidade de aumentar o número de órgãos ainda é um desafio a ser vencido pela sociedade brasileira, em específico. Alguns países consideram todos os cidadãos como doadores presumidos, porém permitem que as famílias desistam da doação. Em outros, apenas são transplantados órgãos de indivíduos cuja família espontaneamente os disponibiliza. Os autores acima referem que outros estudiosos do assunto defendem que todos os adultos deveriam deixar por escrito, se autorizam ou não, a doação de seus órgãos após a morte. O que parece ser consenso, segundo os autores, é a não aceitação do comércio de órgãos, ou seja, a vinculação de valor monetário à doação de qualquer tecido ou órgão.

Sobre o tema, vale mencionar a Declaração de Istambul. Entre 30 de abril e 02 de maio de 2008, mais de 150 representantes de organismos científicos e médicos de todos os continentes, membros do governo, cientistas sociais e especialistas em questões éticas, reuniram-se para discutir sobre o problema relacionado à venda, o tráfico ou o turismo de transplantação de órgãos. A Declaração representa um consenso entre os países participantes, e o acordo celebrado preconiza que todos necessitam de um enquadramento jurídico e profissional para reger as atividades de doação e transplantes de órgãos, como também de um sistema de supervisão regulamentar e transparente que garanta a

segurança de doadores e receptores, bem como a aplicação de normas e proibições de práticas não éticas (DECLARAÇÃO DE ISTAMBUL, 2008).

Fonseca e Carvalho (2005) retomam Degos (1994) ao falar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que as partes do corpo humano não podem se constituir em objeto de transações comerciais. A doação de órgãos, portanto, deve excluir qualquer forma de pagamento ou recompensa material. Nas palavras dos referidos autores (2005, p. 91):

Em algumas partes do mundo, um mercado de órgãos humanos se faz presente, alertam Berlinguer e Garrafa (1996). Profissionais e pesquisadores da área médica, contrários a essa prática, esforçam-se em estimular a doação voluntária, apostando que essa seria a maneira mais saudável e segura para o ser humano lidar com essa questão.

Com relação à retirada de órgãos, de acordo com Pessini e Barchifontaine (1991), existem práticas diferentes dependendo de cada país. No caso da Bélgica e da França, o cadáver é um bem público pertence ao Estado. Se a pessoa em vida deixar clara sua vontade, ou seja, documentada, que não quer doar os órgãos, este desejo é respeitado, caso contrário, os órgãos são disponibilizados para o Estado em benefício da doação de órgãos.

No Brasil, em 04 de fevereiro de 1997, foi sancionada a Lei 9.434 que regulamentava que a doação de órgãos e tecidos para transplantes deveria ocorrer a partir da doação presumida. Desta maneira, todo cidadão, ao falecer, deveria ser considerado doador, e caso não concordasse com a lei em vida deveria manifestar-se como não doador de órgãos e tecidos, fazendo constar na carteira de identidade ou de habilitação. Houve uma forte reação da população à nova legislação, incluindo a classe médica e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). Dessa maneira, no mês de agosto de 1998, acatando o repúdio popular, uma medida provisória extinguiu a doação presumida de órgãos no Brasil. Durante e após a breve vigência da lei, que pretendia impor ao país mudanças de comportamento em relação à doação e transplante de órgãos, evidenciou-se a impossibilidade de mudanças socioculturais e éticas por imposição legal e reafirmou-se a necessidade de se trabalhar essas questões a partir de hábitos e crenças da população. Atualmente, para tornar-se um doador não é necessário deixar registro por escrito, em nenhum

documento. Basta comunicar à família o desejo de ser um doador. A doação só ocorrerá após o consentimento familiar (BRASIL, MS, 2005).

Os pesquisadores Roza *et al.* (2009) declaram que a doação presumida de órgãos deixou os profissionais de saúde frente a diversas questões bioéticas, como o direito à autonomia. Assim, retomamos ao que era válido antes de 2007, ou seja, a doação consentida, então a família volta a consentir a doação do seu ente falecido.

Martins e Cosmo (2009) ressaltam que a família encontra-se na centralidade desse processo, sendo assim, torna-se importante refletir sobre alguns aspectos dolorosos desse processo, entre os quais a comunicação da morte e o pedido da doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Roza *et al.* (2009) afirmam que esse momento é fundamental para reflexões que contribuam favoravelmente para uma cultura positiva em relação à doação de órgãos e tecidos. E enfatizam ser fundamental a responsabilidade e o comprometimento ético e moral visando a um processo com mais eficiência.

O Ministério da Saúde (MS), considerando a necessidade de atualizar, aperfeiçoar e padronizar o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), assinou a Portaria nº 2.600 no dia 21 de outubro de 2009 (BRASIL, MS, 2009). O Capítulo I apresenta a Estrutura e o Funcionamento do SNT. O Capítulo II trata do Credenciamento das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estaduais e Regionais. O Capítulo III trata da Organização das OPO's e das CIHDOTTs; neste mesmo Cap., Art. 12 § 1º, consta que as OPO's (Organizações de Procura de Órgãos) eventualmente criadas, e nesse momento mais atuantes no Estado de São Paulo, deverão se reportar às respectivas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO's) e atuar em parceria com as Comissões Intra-hospitalares para Doação de Órgãos e Tecidos para transplantes (CIHDOTT's) dos hospitais localizados na sua área de atuação. O § 2º informa que a OPO deve ter seus limites de atuação definidos por critérios geográficos e populacionais. No § 3º, a OPO não deverá ter qualquer ingerência sobre a distribuição dos órgãos/tecidos por ela captados. No § 4º, a OPO deverá contar, obrigatoriamente, com pelo menos um médico coordenador, além de enfermeiros e agentes administrativos de nível médio, devendo todos os seus profissionais de nível superior possuir experiência comprovada em áreas de cuidados de pacientes críticos, diagnóstico de morte encefálica, triagem de doadores e entrevistas familiares de potenciais doadores.

Ainda na seção II da Portaria 12, o Art. 14 refere que a criação das CIHDOTT's será obrigatória naqueles hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos perfis relacionados:

I – CIHDOTT I: estabelecimento de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivismo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes do seu corpo clínico; II – CIHDOTT II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano; e III – CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não-oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgãos. (BRASIL, PORTARIA NOVA SNT. ATO PORTARIA Nº 2.600 de 21 de outubro de 2009).

No Art. 16, dentre as Atribuições da CIHDOTT, destacam-se:

I – organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos; II - criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos; VIII – promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição; X- articular-se com as respectivas CNCDOs, OPOs e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos; XIII – responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou parte do corpo. (BRASIL, PORTARIA NOVA SNT. ATO PORTARIA Nº 2.600 de 21 de outubro de 2009).

No Estado da Bahia, de acordo com Bandeira e Moura (2009), a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) foi criada em 22 de dezembro de 1992, através do Decreto Federal nº 2.268/97. Na época, foi a primeira do Norte/Nordeste. A CNCDO e a Coordenação do Sistema Estadual de Transplantes (COSET) foram formalizadas no organograma da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) somente em 17 de abril de 2000. Antes, a partir de 2004, houve uma reestruturação da CNCDO e da COSET visando a um melhor atendimento da demanda do estado.

Atualmente, o estado da Bahia apresenta uma taxa de negativa familiar para doação de 50%. Este alto índice de negativa dentre os diversos fatores anteriormente mencionados está relacionado, à falta de informação da população

sobre o tema da doação e transplante de órgãos e tecidos. De acordo com a realidade dos números no estado, torna-se cada vez mais premente melhorar o aproveitamento dos potenciais doadores de órgãos e tecidos. Na realidade, existem muitos obstáculos, sendo a recusa familiar percebida como uma das causas para a diminuição dos números. Para melhorar o quadro, a COSET/SESAB tem investido em educação para a população leiga, como também para os profissionais da área de saúde. O estado da Bahia, além de contar com as CIHDOTT's nas unidades hospitalares, vem realizando a implantação de cinco Organizações de Procura de Órgãos (OPO's) com o objetivo de atender à demanda do Estado, no sentido de intensificar a identificação de potenciais doadores e efetivar as doações de órgãos e tecidos.

Sobre os transplantes realizados no estado da Bahia, no ano de 2008, foram realizados 33 transplantes hepáticos; transplantes de rim proveniente de doador falecido foram 40; de coração 02. Em 2009, foram realizados 21 transplantes hepáticos e 28 de rim proveniente de doador falecido. Nos quatro primeiros meses de 2011, a SESAB contabilizou 24 doações de múltiplos órgãos, representativo de um aumento de 140% em relação aos dados de 2010. Atualmente, a fila de espera no estado da Bahia conta com um número de 3740 pacientes, sendo 2641 aguardando um transplante de rim; 995 aguardam a doação de córnea e 124 pacientes esperam pelo transplante de fígado (BAHIA, SECRETARIA DO ESTADO, 2011).

De acordo com Raia (2011), apesar de o Brasil ter o maior programa público de transplantes do mundo, é fundamental avaliar a viabilidade de realização dos transplantes pelos Estados. De acordo com o autor, 16 Estados não realizam o transplante ou o fazem esporadicamente. Existe uma concentração de transplantes nos estados da faixa litorânea. A dimensão do Brasil e os diferentes estágios do desenvolvimento socioeconômico são fatores a ser considerados para análise dessa realidade. Para corrigir a situação, é fundamental criar o desenvolvimento de centros de transplantes nos Estados que ainda não os realizam. Por tratar-se de um procedimento de alta complexidade, o transplante exige vários pré-requisitos, dentre eles, captação de órgãos de doadores falecidos e capacitação de equipes médicas compostas por clínicos, cirurgiões, anestesistas e intensivistas.

2.2 COMPREENDENDO O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

De acordo com Garcia e Zimmermann (2002), a escassez de órgãos é uma dificuldade encontrada em todos os países, independentemente de seus níveis de desenvolvimento socioeconômico e cultural. No Brasil, apesar de programas nacionais que compõem uma rede entre todos os centros médicos de transplantes, as filas de espera por um órgão não diminuem. Esse problema varia conforme o tipo de transplante. Para Marinho (2006), uma grande parcela dos pacientes candidatos a transplantes morre antes do atendimento. A Associação Brasileira dos Transplantados de Fígado Portadores de Doenças Hepáticas (TRANSPÁTICA) refere que a morte desses pacientes na fila de transplantes é de 54,5%. Para pacientes diabéticos em diálise, a taxa de mortalidade apresenta-se com 50% no estado de São Paulo, em um período de três anos de tratamento. A mortalidade de maior impacto ocorre nos transplantes do fígado, mais do que do de rim, que tem a diálise como um tipo de tratamento. O autor refere ainda que o prazo de espera na fila é relativo, depende do tipo de transplante que o paciente necessita.

Segundo Mendes *et al.* (1997 *apud* SADALA, 2004), no Sistema de Saúde, que se mostra insuficiente para atender às necessidades da população, desenvolveu-se uma notável capacidade técnica para várias modalidades de transplante. Porém, ao lado do aprimoramento tecnológico, convivem questões de natureza sociocultural, ética e legal que refletem na falta de disponibilidade de órgãos para transplante.

O processo de doação é definido como um conjunto de ações e procedimentos que consegue transformar um potencial doador em doador efetivo. O potencial doador, nos casos de doador cadáver, é um paciente com diagnóstico de morte encefálica, em que tenham sido descartadas contra-indicações clínicas que representem riscos aos receptores dos órgãos (SANTOS; MASSAROLLO, 2005).

Leonardelli (2002) enfatiza que para haver doação de órgãos, nos casos de Doador Cadáver ou falecido, torna-se fundamental a comprovação irrefutável de morte encefálica. Na maioria dos casos, os pacientes estão internados nas Unidades de Terapias Intensivas (UTI's); são vítimas de traumatismo craniano encefálico (TCE) ou de acidente vascular cerebral (AVC). Após a abertura do protocolo de morte encefálica, dois médicos de diferentes áreas, sendo um deles neurologista,

examinam o paciente e fecham o diagnóstico após exame complementar. O exame mais utilizado é o eletroencefalograma. A família tem o direito de acompanhar os exames, inclusive com um médico de sua confiança.

Na compreensão de Santos e Massarollo (2005), o entendimento da morte encefálica é um dos fatores que vai influenciar no processo de doação de órgãos. Na maioria dos casos, os familiares conhecem o conceito pela primeira vez quando um familiar evolui para tal diagnóstico, em decorrência, por exemplo, de uma lesão cerebral severa e súbita. Desta maneira, dificulta a compreensão acerca da cessação das funções do cérebro em um ser aparentemente vivo. O desconhecimento e/ou não aceitação da morte encefálica no mais das vezes gera resistência não somente na população, mas também entre os profissionais de saúde.

Leonardelli (2002) afirma que o diagnóstico de morte encefálica é regulamentado pelo Conselho Federal de Medicina. Após o fechamento do protocolo de morte encefálica, caso o resultado do eletroencefalograma tenha dado isoelétrico, o paciente é considerado morto. O atestado de óbito é preenchido pelo médico com o horário em que foi fechado o diagnóstico. Desta forma, o doador falecido pode doar órgãos ou tecidos, tais como: coração, pulmões, fígado, pâncreas, intestino, rins, córneas, veias, ossos e tendões.

O estudo de Sadala (2004) informa que os familiares, ao serem abordados com o pedido de doação, tomam contato com o diagnóstico de morte encefálica pela primeira vez. Eles expressam sua compreensão a respeito da temática, as dúvidas acerca da real situação do familiar e também sobre os exames aos quais estão sendo submetidos em decorrência do diagnóstico. Alguns falam em “aguardar a morte do familiar após a doação”. Para eles, a morte encefálica não significa definitivamente a morte. Então, seus depoimentos expressam, sobretudo, a persistência das dúvidas que os afligiam por ocasião da doação dos órgãos. Há o medo de doar os órgãos da pessoa viva.

Leonardelli (2002) ressalta que múltiplos fatores interferem no momento da decisão familiar sobre a doação, dentre esses: falta de informações fidedignas sobre o processo de doação; avaliação do tratamento recebido desde a chegada e durante o tempo de permanência no hospital; dúvidas sobre o destino dos órgãos, pois os familiares querem ter a certeza de que todos os recursos necessários para salvar o

paciente foram utilizados; questões esclarecidas durante a hospitalização; falta de esclarecimentos sobre a morte encefálica, crenças religiosas, dentre outros.

O desconhecimento sobre o tema doação de órgãos é fator determinante para justificar o baixo número de doações de órgãos e tecidos em nosso país. Para Bendassolli (2000), a necessidade de se aumentar a disponibilidade de órgãos representa um desafio para a sociedade brasileira. Nosso país é muito extenso e possui grandes diversidades sociais, culturais e religiosas, o que torna as dificuldades relacionadas ao processo de doações ainda maiores.

Quintana e Arpini (2009) acreditam que um dos entraves das campanhas sobre doação de órgãos é o fato de que o planejamento destas sugere a mudança de comportamento da população, sem levar em consideração a existência das diferenças culturais. Os autores referem que as campanhas desde o lugar da ciência oficial são insuficientes para modificar o universo simbólico das camadas populares.

Traiber e Lopes (2006), opondo-se à falta de orientações preconizadas por diversos segmentos da sociedade, dizem que a maioria da população recebe informações sobre transplantes de órgãos e doação através da televisão, rádio, jornais, revistas. As autoras ressaltam que mais importante que o veículo de comunicação é a qualidade da mesma. Em um estudo espanhol, identificaram que a maior parte das informações vem da televisão, porém, esta pode ser geral, indefinida, inapropriada e não ser capaz de esclarecer dúvidas.

A escassez de órgãos doados é atribuída tanto à desinformação da população como aos problemas estruturais do sistema de saúde, que tem se mostrado incompetente no processo de captação de órgãos (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1994).

Em relação à entrevista da família, Fonseca e Carvalho (2005) citam Dixon e Abbey (2000) e Sminoff e Hewlett (2001) quando referem que a decisão de doar é difícil. Segundo os autores, a família deve ser estimulada a pedir ajuda de amigos e parentes. A opinião do doador em vida é o mais forte indicador na decisão sobre a doação. Sabe-se também que outros fatores estão envolvidos no processo de decisão. Preocupações práticas ligadas ao funeral; posições psicológicas; restrições religiosas e questões referentes aos costumes, etnias e culturas fazem parte da rede complexa do processo de doação.

O estudo de Gotmaker *et al.* (1996 *apud* MORAES, 2007) menciona três fases no processo de doação de órgãos, em que os potenciais doadores “são

perdidos”: a primeira refere-se à questão da não identificação dos potenciais doadores; a segunda é a falha na solicitação da doação; e a terceira, a recusa familiar para consentir a doação.

Em função da demanda crescente em relação à doação de órgãos, Fonseca e Carvalho (2005, p. 89) colocam:

O interesse pela área aumentou de forma significativa nos últimos anos, marcado pela busca de transplantes por parte de um contingente maior de pessoas, pela busca de resultados por meio de pesquisas, além do aperfeiçoamento de técnicas, fármacos e da assistência ao paciente, doador e familiares. Entretanto todos esses avanços tecnológicos não são acompanhados por posições claras ou definidas sobre os aspectos, sobretudo éticos e psicológicos, relacionados ao tema.

O recorte acima menciona a relevância de um número maior de pesquisas nos campos da ética e da psicologia que tanto podem contribuir para as investigações sobre o tema aqui abordado. Ressaltamos a necessidade da realização de estudos de psicologia que busquem compreender os aspectos subjetivos que envolvem tanto a família como os profissionais dentro do complexo processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

A próxima subseção apresenta estudos relacionados a alguns aspectos acima mencionados, dentre esses, a entrevista familiar para doação. Esta é considerada um dos entraves no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

2.3 ESTUDOS SOBRE DOAÇÃO E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

Como vimos, o tema da doação e do transplante de órgãos é muito amplo. Entretanto, privilegiamos estudos que estão relacionados de forma direta ou indiretamente com nosso objeto de estudo: sentimento, emoção e afeto no processo de doação. O texto segue apresentando uma revisão bibliográfica sobre estudos científicos acerca do tema, dentro da produção brasileira. Buscou-se resumir os estudos, todavia informando principalmente as bases teóricas, as opções metodológicas e os principais resultados.

O estudo quantitativo de Bittencourt *et al.* (2007), “Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre morte encefálica (ME)”, realizado na cidade de

Salvador, teve como objetivo avaliar o conhecimento de uma amostra de alunos de medicina sobre o protocolo de morte encefálica. O estudo foi descritivo e de corte transversal, e primou pela avaliação de estudantes de duas faculdades de medicina de Salvador. Foi distribuído um questionário autoaplicável composto por 14 questões. Nos resultados, 115 estudantes revelaram que a média de acertos nas 14 questões sobre o conhecimento dos critérios de ME foi de 6,7 (mais ou menos) e 1,8; sendo maior para os estudantes que tinham assistido alguma apresentação sobre ME. A maioria (87,4%) soube identificar os pacientes candidatos ao protocolo de ME. No entanto, apenas 5,2% e 16,1% do universo estudantil participante do estudo acertaram respectivamente os exames clínicos e complementares que devem ser realizados durante o protocolo. Frente a um paciente com diagnóstico confirmado de ME, 66,4% referiram que o suporte artificial de vida deve ser suspenso. As conclusões apontam para um conhecimento limitado dos estudantes avaliados sobre os critérios para caracterização da ME. Esses resultados refletem o que sugere a literatura sobre a dificuldade das equipes em identificar e transformar um possível potencial doador em doador efetivo, e a necessidade de capacitar melhor as equipes de saúde para trabalhar com essa nova realidade.

O estudo de Moraes e Maneghin (2006) teve como objetivo identificar conhecimentos, crenças comportamentais e normativas de estudantes de nível médio sobre transplantes e doação de órgãos, à luz da Teoria da Ação Racional (TRA). A amostra foi constituída por 94 alunos de duas escolas públicas de São Paulo, que responderam um questionário baseado nos pressupostos da TRA; as respostas foram submetidas à análise estatística. O resultado demonstra baixo conhecimento sobre doação de órgãos, pois 45,8% desconhecem o conceito de morte encefálica; 37,2% não sabem quando a morte ocorre; e 70,3% não sabem quando uma pessoa se torna potencial doador. Foram evidenciadas dez crenças positivas ao comportamento de ser doador de órgãos e sete negativas sobre a doação de órgãos. Conclui-se ser necessário desenvolver estudos e implementar programas educativos de esclarecimento sobre o tema.

A pesquisa de Bendassolli (2001), “Percepção do Corpo, Medo da Morte, Religião e Doação de Órgãos”, teve como objetivo levantar as principais razões que levam estudantes universitários a doar seus órgãos para transplantes e as relações entre a doação de órgãos, o medo da morte e a religião dos participantes. Foram realizados três estudos interdependentes, os quais somaram 192 sujeitos,

estudantes de uma universidade pública do Estado de São Paulo. Nos resultados, as principais razões para a doação foram: desejo de continuar a vida do outro; reaproveitamento dos órgãos; dar qualidade de vida aos que necessitam de um transplante; inutilidade do corpo após a morte. Quanto a não doação, as principais razões foram: críticas às leis dos transplantes; crítica ao sistema de saúde brasileiro; razões bioéticas, tais como, receio de morte premeditada e contrabando de órgãos. Nesse estudo, o autor refere que não foi encontrada relação significativa entre religião e doação de órgãos, porém foi encontrado paralelo entre o medo da morte e a não doação.

O estudo de Fonseca e Carvalho (2005), intitulado “Fragmentos da vida: representações sociais de doação de órgãos para transplantes”, teve como objetivo descrever as representações sociais da comunidade de quatro instituições hospitalares, sob o tema doação de órgãos para transplantes. Os sujeitos dessa pesquisa foram 18: profissionais (9), pacientes (7) e familiares (2) de pré e pós-transplante. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e depois submetidas à análise a partir da proposta da análise de conteúdo. Foi feita uma comparação das categorias apresentadas pelos grupos entre si. As categorias finais associadas à doação de órgãos foram “morte, vida e solidariedade”. A morte aparece como uma das representações possíveis, agrupando noções de perda e sofrimento; a doação também está ligada a ideias relacionadas à vida como representação que agrupa noções de cura; a solidariedade abrange qualquer movimento dos sujeitos de “colocar-se no lugar do outro”. Solidariedade, como um desafio de humanizar a prática da doação de órgãos e dos transplantes. Ainda nas conclusões, os autores dizem (2005, p. 105):

A morte faz parte da vida, são faces de um mesmo plano; afirmação, porém, nada fácil de assimilar. Um grande obstáculo à doação de órgãos para transplantes parece ser esse: de as pessoas lidarem com a imagem de seus corpos literalmente fragmentados, tanto em vida quanto após a morte. Somente um movimento de humanização para tornar o contexto vigente, criado pelo próprio ser humano, mais integrado e compreensível.

O artigo de Quintana e Arpini (2009) sobre “Doação de órgãos: possíveis elementos de resistência e aceitação” estuda as representações sobre doação de órgãos em uma população leiga. A metodologia foi qualitativa, segundo os autores, os instrumentos foram entrevistas semi-estruturadas e grupos de discussão. Foram

realizadas 19 entrevistas e cinco grupos de discussão. Os fatores de resistência à doação foram: dificuldade de aceitação da morte, principalmente quando o possível doador é um filho; identificação da morte com a morte clínica (parada cardíorrespiratória) e desejo da manutenção da integridade do corpo da pessoa falecida. Sobre os fatores relacionados ao ato de doar, surgiu a confiança em relação à equipe médica e principalmente o falecido ter manifestado o desejo de ser doador em vida.

O estudo realizado por Moraes e Massarollo (2009) buscou aprofundar o conhecimento dos familiares de potenciais doadores sobre os motivos da recusa para doação. Fundamentou-se na fenomenologia, especificamente na teoria da “estrutura do fenômeno situado”. Sob as orientações do método, foi realizada uma entrevista com familiares que tinham negado a doação. A entrevista foi baseada em dois pontos principais: “Como foi a tomada de decisão para recusar a doação de órgãos e tecidos para transplante do seu familiar falecido? Quais os motivos considerados para recusar a doação?” Foi feita a análise ideográfica. A partir desta, concluiu-se que a recusa familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante baseia-se em vivenciar uma situação de choque e desespero com a internação do familiar e da desconfiança com a solicitação dos órgãos, da negação da morte encefálica, do sofrimento e desgaste diante da perda do ente querido, de conflitos familiares para a tomada de decisão e de múltiplas causas para a recusa da doação.

Martins e Cosmo (2009) realizaram um estudo de revisão intitulado “A centralidade da família no processo de doação de órgãos e tecidos”. O objetivo do estudo foi aprofundar o conhecimento do processo de doação de órgãos e tecidos e discutir o papel da família, responsável por consentir ou não a doação. Na discussão, as autoras referem que a abordagem de familiares para solicitação da doação é o ponto central em todo caminho que se percorre, desde a constatação da morte encefálica do paciente até o consentimento ou não para a doação. Não é apenas a falta de informação que interfere nos baixos índices de doação de órgãos e tecidos. Existem fatores psíquicos e sociais que merecem atenção por favorecer o desenvolvimento de estratégias de incentivo a doações mais eficazes em nossa sociedade. O cuidado com a família é importante, suas ansiedades e fantasias podem reverter em desconfiança em relação à equipe de saúde. Na conclusão, surge a dificuldade de lidar com o tema da morte, que perpassa todo o processo. Daí

a importância do preparo técnico, ético e emocional da equipe de saúde que cuida do potencial doador. As autoras enfatizam que é essencial compreender e respeitar as condições emocionais da família antes de oferecer a possibilidade da doação.

O estudo de revisão de Rech e Rodrigues (2007), “Entrevista familiar e consentimento”, teve como objetivo revisar questões relativas à melhor prática de abordagem da família do doador e como estes e outros aspectos referentes ao processo de doação podem interferir na taxa de consentimento. Eles concebem que a entrevista familiar é um momento delicado no processo de doação, porque concretiza para a família a morte, a separação e a impotência. O momento ideal para a abordagem da família parece ser após a notícia de morte encefálica; segundo os autores, a técnica é conhecida como desacoplamento. Primeiro o médico intensivista informa à família sobre o diagnóstico de morte encefálica e o seu significado, permitindo que ela expresse suas dúvidas, esclarecendo-as.

O referido estudo sugere que a abordagem da família pode ser feita por um médico, enfermeiro, psicólogo ou assistente social, desde que esteja capacitado. O encontro com a família deve acontecer em lugar calmo. No início da entrevista é apropriado permitir que as pessoas falem um pouco sobre seu familiar e sobre o ocorrido, para que se sintam acolhidas pelo entrevistador. Eles dizem ainda que o entrevistador não deve demonstrar pressa, tem de seguir o ritmo de assimilação de cada familiar e não se deve interrompê-las quando estão falando. Na conclusão, referem que técnicas especiais de abordagem e profissionais bem treinados em entrevista familiar influenciam na taxa de consentimento.

O estudo de Buosso (2008), “O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva”, teve como objetivo compreender o processo de decisão familiar sobre a doação de órgãos do filho considerado doador potencial; buscou identificar os significados que a família atribui à experiência. Como referencial teórico, foi utilizado o Interacionismo Simbólico e a Teoria de Sistemas Familiares. Foram entrevistadas treze famílias. Foi utilizado o método qualitativo pela natureza da pergunta desse estudo: “Como ocorre o processo de decisão familiar da criança doadora potencial de órgãos, internada em UTIP?”. A coleta de dados ocorreu na casa dos familiares, com um mínimo de três meses após a morte, os pesquisadores consideram que a fase aguda ocorre entre os dois primeiros meses após o falecimento. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas, buscando-se categorias e conceituação teórica. Os resultados sugerem que a

tomada de decisão da família é um processo composto pelas seguintes fases: (I) Vivendo o impacto da tragédia; (II) Trabalhando com as incertezas da morte encefálica; (III) Manejando o problema da decisão; (IV) Reconstruindo a história da morte da criança. A análise das fases, bem como de suas categorias e da maneira como interagem na experiência da família, permitiu identificar o processo denominado “Tentando eliminar Dor e Aliviar o Sofrimento”. Cada uma das fases vividas pela família consiste em desafios para os quais ela precisa empreender ações em um fluxo contínuo, a fim de superá-los. Nas considerações finais, a autora refere que existe um valor enorme a considerar nas próprias experiências e realidades familiares; e que a proposta desta análise foi a de iluminar a existência de fenômenos a fim de explicar a complexidade dos dados. Ademais, que a experiência da família ocorre num contexto de relacionamentos interpessoais que afetam crenças, emoções, comportamentos e decisões que precisam ser consideradas dentro das novas práticas culturais contemporâneas.

O estudo de Sadala (2004) visou compreender a perspectiva dos familiares de doadores a respeito da sua experiência de doar órgãos. Trata-se de um estudo qualitativo, com base teórica na abordagem fenomenológica existencialista de Merleau Ponty; propõe-se a descrever e compreender as várias facetas do vivenciar essa experiência pelos familiares de doadores em morte encefálica mantidos artificialmente em uma UTI para a manutenção dos órgãos. Para a realização do estudo, foram entrevistados 18 familiares de doadores de órgãos, com idade entre 26 e 75 anos, localizados mediante o registro de doadores em uma Central de Captação de Órgãos do interior do Estado de São Paulo. Alguns questionamentos se colocam para a pesquisadora, que procura desvelar o fenômeno doar órgãos do familiar em morte encefálica: O que é decisivo para definir a doação? Como se dá, dentro do núcleo familiar, o processo de consentir a doação? Como a decisão repercute nas relações familiares? Quem decide efetivamente dentro do núcleo familiar? Como a família avalia sua experiência? Os dados foram analisados e categorizados, os resultados revelam que na categoria, confrontando-se com a situação de decidir-se pela doação, o impacto da comunicação da morte traumática do familiar vem acompanhado do pedido de doação feito pelo médico que cuida do doador em quase todas as ocasiões, com a exceção de uma situação na qual a solicitação foi feita por uma assistente social; ao serem abordados com o pedido da doação, os familiares tomam contato com o diagnóstico de morte encefálica, da qual

muitas vezes nunca tiveram notícia; o relacionamento familiar no processo de doar órgãos oscila entre o consenso ou se estabelece um conflito diante de posições contrárias, constringendo os familiares, pressionados a decidir. Os familiares que discordam da doação por vezes alienam-se da decisão da família e de todo o processo ou mostram-se contrariados com o fato consumado.

O estudo referido revela ainda que a tomada de decisão da família é descrita como parte da dinâmica familiar, que parece refletir o padrão de relacionamento particular de cada família. Nas avaliações das famílias sobre a experiência de doar, percebe-se que a experiência foi positiva, particularmente nos casos que o familiar tinha expressado o desejo de doar, mas também quando a família coloca o desejo de doar como um princípio moral. As pessoas que tiveram percepção negativa da experiência ainda trazem muito presentes, nas suas expressões, os sentimentos dolorosos e de revolta, oriundos da perda. É possível pensar que aqueles que aceitam e lidam melhor com a perda possam sentir-se mais tranquilos ao assumir a decisão de doar os órgãos do familiar.

Os resultados revelam, ainda, sobre a atuação da instituição, que esta é valorizada pelos familiares quando consideram que o doador foi bem cuidado. A autora refere que pesquisas de origens diversas mostram que famílias de doadores de órgãos solicitam apoio da Instituição durante todo o processo. Muito mais do que informar sobre o estado do doador ou sobre o processo de doação de órgãos, parece essencial, diante dos resultados deste estudo, que os profissionais de saúde, especialmente aqueles que estão mais próximos do cuidado ao doador, estejam disponíveis e abertos para perceber as necessidades dos familiares. Não apenas informá-los sobre a condição real do doador, mas ajudá-los a compreender e “habitar” a realidade como ela se apresenta. Esse processo por etapas: perceber os momentos que a família vivencia as ansiedades e inseguranças, e atuar passo a passo, ajudando-a a inteirar-se do que acontece.

A autora sugere que os familiares apresentam demandas diversas para a instituição durante todo o processo de hospitalização. Isso talvez signifique que a família, além de ser assistida nas suas necessidades básicas do momento, talvez precise também ser escutada desde sempre e independente de seu familiar tornar-se um possível potencial doador. Desta forma, o processo de decisão familiar para doação de órgãos e tecidos parece ser avaliado pelos familiares desde o momento da internação até o seu término.

Reinheimer (2000) refere a temática da decisão sobre a doação, dizendo que a entrevista familiar para doação é um instrumento de fundamental importância nesse processo. De acordo com o autor, a entrevista familiar é o “coração” do processo de captação de órgãos e, por isso, deve ser realizada por profissionais capacitados para abordar o referido tema com sensibilidade e competência.

Sadala *et al.* (1998; 2000) dizem que a família é um elemento central nesse processo; de um lado, ela é vista como o principal entrave à efetivação de transplantes; de outro ela é percebida como vítima em todo o processo, acrescentando-se a dor da perda brusca e traumática, o grande estresse que representa a decisão de doar.

Tratando-se da entrevista familiar para doação, a realidade prática sugere uma proposição: a maioria das entrevistas é realizada por profissionais especializados para responder as urgências e emergências, médicos e enfermeiros, realidades que exigem decisões e soluções imediatas, em muitos casos definem situações limites entre a vida e a morte. Como esses profissionais, que na sua grande maioria são formados para atender as necessidades imediatas e objetivas, podem exercer uma escuta mais subjetiva? Os estudos referidos acima apontam que a entrevista familiar para doação exige muita habilidade profissional para manejar os aspectos subjetivos envolvidos nesse processo.

O Manual de Referência do Programa Integral Europeo para la Donación de Órganos (E.D.H.E.P.), elaborado na Espanha, país com o maior índice de doações no mundo, ressalta a importância da família durante esse processo. Consta a sugestão de que os profissionais que realizam a entrevista familiar para doação devem conhecer as estratégias de comunicação mais eficazes para comunicar uma má notícia – falecimento de um familiar, além de “responder adequadamente à dor dos familiares durante o processo de doação”. Fica ressaltada a importância dos profissionais “concederem à família tempo para assimilar a má notícia e liberdade para expressar suas emoções”. Há a sugestão para que os profissionais falem sobre a possibilidade da doação de órgãos somente após terem atendido a família em suas necessidades imediatas; a entrevista deve ser realizada em uma sala reservada que favoreça a privacidade da família. De acordo com o manual, é fundamental que os profissionais “respeitem e aceitem os sentimentos e pensamentos dos familiares manifestando sua aceitação”. Eles consideram que a negação está presente de forma intermitente durante todo o processo de decisão.

Com relação aos profissionais que realizam a entrevista, sugerem que “se os médicos e enfermeiros não tiverem solucionado seus próprios conflitos frente à morte, como podem ajudar os outros?”

Os impasses subjetivos envolvidos nesse processo podem apresentar-se através das manifestações afetivas, tais como: medo, raiva, culpa, revolta, desconfiança, desespero, apatia e angústia como o mais autêntico representante do afeto. Dentro da nossa experiência, pensamos que a situação exige a atuação de profissionais capacitados para oferecerem às famílias um espaço de acolhimento e escuta: ao sentimento, a emoção a ao afeto. Como temos a intenção de realizar uma leitura que considera a subjetividade nesse difícil processo, escolhemos como base teórica a psicanálise.

O próximo capítulo trata da abordagem teórica de escolha deste estudo, um dos aspectos que o diferencia da produção analisada. Uma vez que é coerente com a formação da autora, optou-se por proposições sobre: afeto, tempo e morte na psicanálise.

3 AFETO, TEMPO E MORTE: CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS

Freud fez um longo percurso a respeito do estudo sobre o afeto. O tema foi trabalhado, desde o início da sua obra, em 1893, em trabalho intitulado “Rascunho B.”, até 1932, na Conferência XXXII.

Neste capítulo, busca-se apresentar as investigações de Freud sobre o afeto na teoria psicanalítica, dando ênfase a um dos seus últimos trabalhos sobre o tema: “Inibições, Sintomas e Angústia” (1926). Em seguida, serão trazidas algumas ideias complementares ao tema, propostas por Lacan e apresentadas através de outros autores que buscaram ampliar o entendimento sobre o afeto.

Para compreender o nosso objeto de estudo, *Afeto, sentimento e emoção em familiares e profissionais diante do processo de doação de órgãos*, escolhemos um caminho que percorre: afeto, morte e tempo na psicanálise.

Como este estudo pretende caracterizar o afeto e as manifestações afetivas mencionadas, em situações de dor e luto dos familiares que sofrem a perda de um ente querido, assim como dos profissionais envolvidos nesse processo, é fundamental buscar compreender como o afeto e as manifestações afetivas se apresentam no discurso dos familiares e dos profissionais. Em muitos casos, a identificação e o seu reconhecimento tornam-se possíveis através de escuta mais específica, como aquela baseada nos pressupostos da psicanálise.

A psicanálise nasceu em fins do século passado, a partir da tentativa de Freud, Charcot e Breuer de entender a histeria: uma doença que se apresentava como um enigma porque a causa não estava localizada no corpo. As histéricas da época freudiana eram mulheres que tentavam trazer, mesmo que de maneira inconsciente, a misteriosa sexualidade feminina, considerada obscura e perversa desde a Idade Média. Atualmente, entende-se que as manifestações no corpo são tentativas de expressão do afeto reprimido dada a impossibilidade de ser claramente manifestado. Essa concepção deduz a existência do inconsciente, pois sugere que a histérica sofre, mas não sabe o que expressa em seus sintomas, que surgem como manifestação em ato do conteúdo inconsciente. A histérica não sabe, todavia deixa algumas pistas para seu desvendamento. O que Freud fez foi buscar o que existia por trás do sintoma histérico, através da escuta a essas pacientes. A partir daí, ele criou a clínica psicanalítica.

3.1 AFETO

Laplanche e Pontalis (1992, p. 9) assim definem afeto:

O termo que a psicanálise foi buscar na terminologia psicológica alemã e que exprime qualquer estado afetivo, penoso ou desagradável, vago ou qualificado, quer se apresente sob a forma de uma descarga maciça, ou como tonalidade geral. Segundo Freud, toda pulsão se exprime nos dois registros, do afeto e da representação. O afeto é a expressão qualitativa da quantidade de energia pulsional e das suas variações.

De acordo com os autores acima citados, o afeto situa-se no campo dos estados emocionais, cujo conjunto constitui a gama de todos os sentimentos humanos, do mais agradável ao mais insuportável, e se manifesta por uma descarga emocional violenta, física ou psíquica, imediata ou adiada.

Chemama (1993, p. 10) oferece uma complementação ao tema:

A noção de afeto é contemporânea do próprio nascimento da psicanálise, pois S. Freud opera a sua primeira classificação das neuroses segundo a forma pela qual um sujeito se comporta em relação a seus afetos.

De fato, em correspondência a Fliess (1984), que trata do nascimento da psicanálise, encontramos uma continuidade a essa concepção. Segundo Chemama (1993, p. 10):

Tenho agora uma visão de conjunto e uma concepção geral das neuroses. Conheço três mecanismos: a conversão dos afetos (histeria de conversão), o deslocamento dos afetos (obsessões) e a transformação do afeto (neurose de angústia, melancolia).

Como vemos, a noção de afeto assume grande importância logo nos primeiros trabalhos de Breuer e Freud (1895) quando a situam na histeria. O sintoma histórico tem sua origem em acontecimentos traumáticos para os quais não tenha havido uma descarga adequada do afeto correspondente. Quando surge a provocação da recordação, esta impulsiona a revivescência do afeto que estava ligado a ela na sua origem, e, a partir daí, a rememoração encontra a sua eficácia

terapêutica. Esse movimento de aparecimento de um afeto no campo da consciência, até então recalcado, é chamado de ab-reação.

Em “Inibições, Sintomas e Angústia” Freud (1926) faz a diferenciação entre os três termos porque existem doenças que apresentam inibições, mas os sintomas não se manifestam. Inicialmente, ele diz que a inibição tem uma relação especial com a função, não tendo necessariamente uma implicação patológica. Um sintoma pode também denotar a presença de algum processo patológico. Dessa maneira, a inibição é a expressão de uma restrição relativa à função do ego, uma restrição que pode ter causas muito diferentes. Seguindo a lógica do autor, quando o ego se vê diante de uma tarefa psíquica particularmente difícil, como ocorre no luto, quando se verifica uma grande supressão de afeto, o ego perde uma quantidade tão grande na disponibilidade de energia que precisa reduzir o dispêndio da mesma em muitos pontos ao mesmo tempo. Freud menciona o caso de um homem que era dominado por uma fadiga paralisante que durava um ou mais dias, sempre que acontecia algo que, evidentemente, devia tê-lo enfurecido.

Freud (1926 *apud* MAIA 2002, p. 100), em “Inibições, Sintoma e Angústia”, reelabora o lugar teórico do conceito de angústia. A partir desse trabalho, a angústia será analisada como afeto primordial da vivência traumática estruturante do psiquismo. Para Vieira (2001, p. 97) “A angústia, como afeto fundamental, marca o ponto de origem dos demais afetos”.

Freud (1926) esclarece que a angústia está relacionada a uma situação de desamparo. Revivemos situações de desamparo ao longo de nossas vidas. Freud esclarece que o determinante fundamental da angústia automática seria a ocorrência de uma situação traumática e a essência disso seria uma experiência de desamparo por parte do ego em face de um acúmulo de excitação. A excitação pode ter origem externa ou interna, com a qual não se pode lidar. Desta maneira, Freud afirma que a angústia, como um sinal de algo estranho, é a resposta do ego à ameaça da ocorrência de uma situação traumática. Dessa maneira, a ameaça se constitui então como uma situação de perigo. Freud explica que os períodos internos modificam-se com o período de vida, mas possuem uma característica comum, envolvem a separação ou perda de um objeto amado, ou a perda do amor – uma perda ou separação que poderá, de várias maneiras conduzir a um acúmulo de desejos insatisfeitos e, dessa maneira, a uma situação de desamparo.

Vieira (2001 p. 63) refere que Freud (1926.):

Deixa claro que o nascimento só pode ser considerado um trauma se for tomado como um momento paradigmático, mítico em que se inscrevem tanto o sujeito quanto o mundo. [...], é essa operação que “produz” o trauma que passa a insistir, tendendo a se presentificar em pontos determinados da história. Freud recusa qualquer possibilidade de ab-reação do trauma, esteja ele localizado no nascimento ou no encontro com a sexualidade do adulto. Nenhuma ab-reação pode apagar a perda fundamental que é dada na estrutura, pois é ela que constitui o aparelho psíquico. [...] Desta forma, o caos inicial jamais será totalmente afastado, a angústia é quem faz referência a ele no âmbito do aparelho psíquico, uma vez que ela reproduz o desamparo. (Grifo do autor).

Maia (2002, p. 101), por sua vez, retoma o assunto e afirma que a angústia é compreendida como o afeto de base no processo de constituição psíquica, enquanto Freud a qualifica segundo dois tipos: a primeira é nominada de angústia automática, aproxima-se da angústia primeva, experimentada de maneira traumática no nascimento, vivenciada pelo bebê como uma brusca separação do corpo materno. A angústia, assim abordada, sempre será deflagrada quando o sujeito se encontrar diante de situações traumáticas. O determinante da emergência da angústia automática é o despreparo psíquico, ou seja, o desamparo diante das intensidades que o invadem, do acúmulo de excitações que podem ser lançadas tanto a partir do seu interior quanto do exterior.

Dessa maneira, a teoria freudiana postula que o primeiro objeto determinante da angústia, que o próprio ego introduz, é a perda da percepção de objeto, que seria equacionada com a perda do próprio objeto. Para Freud (1926), nesse momento ainda não se trata da perda de amor. A situação traumática de sentir a falta da mãe difere da situação traumática de nascimento, pois neste não existia ainda qualquer objeto, e, dessa maneira, não poderia existir falta alguma deste. A angústia aí apresentada era a única reação que ocorria; a dor acomete face à situação real de perda de um objeto, enquanto a angústia seria a reação ao perigo de perda do próprio objeto.

De acordo com Tschirner (2002, p. 55), Freud, em 1916, indicou vários tipos de afeto que seriam subjacentes às manifestações de angústia (Angst), o medo (Furch) e o pânico (Schreck). Nessa ocasião, ele classificou dois tipos de angústia relacionados às neuroses: angústia neurótica e angústia real.

Já em 1926, Freud se refere à angústia realística e à angústia neurótica, acrescentando que, em alguns casos, as características da angústia realística e da angústia neurótica se acham mescladas. Na primeira, o perigo é conhecido e real, mas a angústia referida a ele é maior do que nos parece apropriado, é “supergrande”. Para Freud, é esse excedente de angústia que atrai a presença de um elemento neurótico. A sequência do trauma seria angústia, perigo, desamparo. Uma situação de perigo é uma situação reconhecida e geradora de desamparo. A angústia seria a reação original ao desamparo no trauma, que pode ser reproduzida depois da situação de perigo como um sinal de busca de ajuda. Freud interroga: será legítimo falar de afeto inconsciente? Ele se recusa a estabelecer um paralelo entre o chamado afeto “inconsciente” e as representações inconscientes.

Vejamos como se coloca Vieira a respeito:

A teoria da angústia em Freud descreve um movimento que vai da ênfase em um excesso sem nome, sempre sexual, que ao ser represado adquire a forma da angústia, à ênfase na incidência do recalque sobre esse excesso, que o transforma nessa experiência subjetiva conhecida como angústia. Ao final de sua obra, Freud dissocia o recalque da produção da angústia. Essa passa a se constituir, a partir do recalque, apenas como sinal, ganhando com ele uma expressão condizente com o mundo do discurso, mas está lá desde sempre. Não é o recalque que cria a angústia, a angústia já existia antes. (Freud [1933]1974, p. 85 *apud* VIEIRA, 2002, p. 79).

Segundo Besset (2002, p. 18), de alguma forma, tanto para Freud como para Lacan, a angústia denuncia algo da sexualidade que, por não ser assimilável ao psíquico, fica de fora, à deriva. “[...] a noção de “não ligação”, que caracteriza o afeto nos “ataques de angústia”, é uma das explicações freudianas para a ausência de simbolização que marca o fenômeno da angústia” (grifos do autor). Algo como um desatrelamento de sentido, como o real lacaniano que não pode ser apreendido pelo simbólico. Freud nomeia essa angústia livremente flutuante de expectante, porque está sempre à espera, como que à espreita. Dessa maneira, os enfermos não sabem dizer o que é isso frente ao qual se angustiam. Diante de uma elaboração secundária, fazem uma relação a fobias, apresentam medo de morrer, enlouquecer ou ter uma síncope.

Vieira (2002, p. 79) afiança que aprendemos com Freud que o mundo do discurso é habitado por um excesso estranho, sinal de angústia que relembra um caos primordial. Dessa maneira, tudo acontece como se o caos fosse a base, o

discurso, uma construção organizada do caos; e a angústia, uma ponte entre eles. A angústia revela que o fundamento de toda certeza é o caos da indeterminação do sentido. Tal função da angústia já havia sido mencionada por Kierkegaard, porém ganha, com Freud (1926), uma conotação sexual e um lugar no corpo. Nesse sentido Besset (2002, p. 18) explica:

A etiologia da angústia concebe-se, assim, como ligada ao impedimento do escoamento, seja de uma tensão física seja de uma energia psíquica, libido. O que, então, está em jogo no afeto da angústia é a incapacidade do psiquismo em reagir, mediante ação adequada ao estímulo, tanto exógeno, quanto endógeno. Desse modo, trata-se de o impedimento da estimulação sexual transformar-se em libido psíquica, com a conseqüente produção de um resto, que o sujeito experimenta como angústia.

Nesta lógica, Nasio (1997) postula que, quando Freud se refere à “perda do objeto amado”, ele tenta diferenciar a dor psíquica da angústia, em que para cada um desses afetos é proposto o seguinte paralelo: enquanto a dor é a reação à perda efetiva da pessoa amada, a angústia é a reação à ameaça de uma perda eventual. Nasio (1997) ainda propõe um refinamento das definições freudianas, ao dizer que “A dor é a comoção pulsional efetivamente provocada por uma perda, enquanto a angústia é a reação à ameaça de uma eventual comoção”. No “Livro da Dor e do Amor”, Nasio (1997 p. 66) afirma que:

A angústia é uma reação à ameaça de uma eventual perda do ser amado ou do seu amor; dor é uma reação à perda do amado, à perda do seu amor, à perda da minha integridade corporal, ou ainda à perda da integridade da minha imagem; a culpa é uma variante da angústia, é uma reação à ameaça de que o ser amado me retire seu amor, à guisa de castigo por uma falta real ou imaginária, que eu cometi ou poderia cometer.

A nossa prática como membro da CIHDOTT, durante o acompanhamento psicológico aos familiares, ainda na fase de investigação do protocolo de morte encefálica, ou mesmo durante o fechamento do diagnóstico de ME, se faz possível através da escuta, em identificar, em alguns membros da família, a angústia originária da ameaça de perda de um ente querido. Nesses casos, o familiar se mostra imerso no desconforto subjetivo, porém, em muitos casos, tem dificuldades de explicar, de encontrar significados que possam nomear o que ele está sentindo. Diferentemente de outras abordagens teóricas, diante da angústia não cabe ao profissional emprestar palavras ao sujeito, ou melhor, o psicanalista não vai

interpretar o familiar e sua angústia, inicialmente cabe a ele escutar e somente depois intervir diante dos impasses subjetivos.

Nasio (1997 p. 12) faz menção ao desespero de uma mãe ante a notícia da morte de um filho:

De que ele morreu? Por que, como ele morreu? Por que aconteceu comigo? Sabemos que esse estado de dor extrema, mistura de esvaziamento do eu e de contração em uma imagem-lembrança, é a expressão de uma defesa, de um estremecimento de vida. Também sabemos que essa dor é a última muralha contra a loucura. Nos registros dos sentimentos humanos, a dor psíquica é efetivamente o derradeiro afeto, a última crisperação do eu desesperado, que se retrai para não naufragar no nada.

O autor, pois, propõe um aprofundamento da reflexão ao afirmar que todo afeto é a repetição de uma experiência emocional primordial. Em suas palavras:

O que define intrinsecamente um afeto? Qual é a substância íntima e vibrante do sentimento que me move nesse instante? Não poderíamos responder. Talvez o em-si do experimentado seja essa sensação pura, simples e imediata, esse real desconhecido que nós chamamos energia. Mas essa resposta é insuficiente para definir a natureza de um afeto. A gênese do afeto não é nada mais do que um despertar, o despertar de um afeto passado. (1997).

Chemama (1995) é do parecer que a neurose traumática pode nos ajudar a ilustrar o que é recalcado; aquilo que é transformado em angústia é um afeto que foi produzido por um sujeito, quando este foi confrontado, na realidade, com a iminência de sua morte. A gravidade dessa neurose é tanto mais patente quanto maior tiver sido o *quantum* de afeto recalcado. O que foi atualizado na neurose foi um trauma, cujo protótipo arcaico é o do nascimento. Se por um lado, Freud (1909) disse: “Todo afeto é apenas reminiscência de um fato”, em 1916, ele abordou esse ponto novamente e expressou a crença de que o “núcleo” de um afeto seria a repetição de alguma experiência significativa específica.

Em nossa prática na escuta aos familiares dos pacientes com suspeita de morte encefálica, é possível identificar manifestações afetivas relacionadas ao medo, a ansiedade, raiva e culpa, dentre outros. A angústia se apresenta nas mais diversas roupagens, diante do sofrimento familiar causado pela esfera de indefinição entre a vida e a morte de um ente querido. Nesse espaço de tempo compreendido entre a abertura e o fechamento do protocolo de morte encefálica é possível

reconhecer, também no discurso, traços de angústia, então no discurso podem ser referidos um mal-estar indefinido, difícil de nomear, de simbolizar e portanto de significar.

De acordo com Besset (2002, p. 20):

Nada melhor para definir a angústia do que pensá-la como uma presença que escapa a qualquer saber. A qualquer saber suposto, bem entendido, já que não se trata de algo do terreno de uma verdade, nunca absoluta, mas de uma certeza jamais relativa. [...] Sendo assim, a concepção da angústia como o único afeto que não engana é reafirmada, por assim dizer no segundo tempo do ensino de Lacan em que o real é tomado como impossível de escrever. [...] Entendendo a angústia a partir de uma falta postulada como estrutural para o sujeito, Lacan distancia-se de Freud, que afirma que é a ameaça da perda de um objeto – amado – que está na base da angústia.

Vieira (2001, p. 47) define que o afeto, tal como situado nos primeiros escritos Freudianos:

Pode ser concebido como uma entidade muitíssimo vasta, abrigando conceitos que se individualizarão mais tarde, como a pulsão. A primeira hipótese possível é a de que, uma vez esses conceitos criados por Freud, o que é corretamente chamado de afeto passou a ser por ele representado no nível metapsicológico. O afeto restaria situado, assim, apenas no nível de fenômeno. Em contrapartida, se admitirmos a idéia de que o afeto ocupa ainda um lugar dentro da teoria Freudiana após essa reformulação e também de ele não se reduzir à angústia, caberia, então, precisar que lugar seria este.

Nasio (1997), em estudo sobre dor, propõe uma definição da dor psíquica, do ponto de vista metapsicológico: a dor é um afeto que exprime na consciência a percepção pelo eu – percepção orientada para o interior – do estado de choque, do estado de comoção pulsional (trauma) provocado pela ruptura súbita ao laço que liga um sujeito ao outro eleito. Referido autor aponta estados simultâneos do eu atravessado pela dor, e afirma não existir afeto “novo”, pois o afeto é sempre fruto de uma repetição (1997, p. 83):

Segundo Freud, na verdade, a emoção não é somente o que sentimos no instante, é também a repetição de um vivo sentimento experimentado outrora. Um afeto é sempre uma volta atenuada de um primeiro abalo intenso. A mais singular emoção que eu possa viver hoje, agradável ou desagradável redobra inevitavelmente uma emoção arcaica. Se diante de uma cena insuportável, sinto a repulsa me invadir, terei a certeza de

experimentar um sentimento inédito, como se eu estivesse certo de nunca ter vivido nada semelhante. Uma vez atenuada a violência do impacto, reconhecerei que já tinha sentido uma repugnância igual.

Segundo Vieira (2001, p. 63), “[...] a angústia se mantém articulada ao perigo”. O autor refere que os sintomas surgem para evitar o desenvolvimento da angústia, porém isto não nos permite ver lá no fundo. “É mais exato dizer que os sintomas são criados para evitar as situações de perigo assinaladas pelo desenvolvimento da angústia” (*idem*).

A partir da proposição do autor mencionado, recordamos de alguns casos, quando os membros das famílias se deparam com a gravidade do quadro familiar e, na sequência, com a abertura do protocolo de morte encefálica; a comunicação da morte encefálica e a possibilidade da doação. Nesses casos, pensamos que a resistência atua e utiliza a denegação como um mecanismo de defesa, esta pode apresentar-se como um impasse subjetivo que impede o sujeito de prosseguir na compreensão do processo de doação.

Para Kruehl (2003), levando em consideração a clínica da neurose, haverá várias manifestações de angústia. O manejo da angústia é o que coloca à prova a atuação do psicanalista. De acordo com a autora, “[...] a angústia, como fenômeno, se apresenta com um tempo de pressa, que acelera o momento de concluir, acarretando mudanças” (*idem*, p. 99). Pensamos que saber manejar a angústia se torna fundamental não somente na clínica tradicional, como também em situações de urgência subjetiva, dos pacientes ou dos familiares, na instituição hospitalar. Consideramos que saber manejar a angústia dos membros das famílias durante o processo de doação de órgãos significa acalmar a mesma considerando a singularidade do caso e os impasses subjetivos apresentados diante do mesmo.

Os membros das famílias que se encontram em situação de perda eminente de um ente querido referem, com certa frequência, que não sabem como irão reagir caso a morte encefálica seja confirmada. Demonstram não saber o que fazer tanto diante da ameaça de morte, como também na possibilidade de confirmação da morte real. Eles referem experiências anteriores diante de situações de ameaça e/ou de morte e descrevem o desconforto sentido no corpo, na tentativa de buscar significantes que possam dar conta de um “não saber” sobre a angústia e a morte. A respeito da angústia, segundo Besset (2002, p. 10), leigos e especialistas

compartilham de um saber comum: sua relação íntima com o corpo. “*Tenho uma dor que me aperta o peito; sinto algo na garganta como se fosse sufocar; o ar me falta.*” Desde aí, podemos considerar que uma maneira de amenizar a angústia diante da morte, mesmo quando ela ainda não foi confirmada, é oferecer um espaço para a escuta ao afeto, à angústia.

Nesse ponto, recorreremos a Vieira (2001, p. 232) que, fundamentado na orientação lacaniana, explica:

A distinção estabelecida por Lacan entre afeto e emoção é clara. A emoção, como agitação corporal, situa-se no registro da energia vital. Poderíamos situá-la aproximando-a da vertente real do afeto. [...] Poderíamos dizer, nesse sentido, que o afeto é aquilo que, no enquadre psicanalítico, ocupa o lugar da emoção. Ela a inclui e a transcende ao mesmo tempo. Isto é uma simplificação, mas nos dá uma idéia de um plano no qual estão em jogo determinadas relações a partir das quais se pode conceber a emoção como uma forma do movimento do afeto.

Em sua experiência com pacientes candidatos ao transplante hepático, Moretto (2006, p. 229) declara que “[...] falar de algo antecipadamente não é a mesma coisa que antecipar a experiência, no sentido de neutralizá-la”. Para a autora, preparar, então, é possibilitar falar do inesperado, “[...] do encontro com o que não pode jamais ser dito antes, com o inédito – preparar o sujeito para o encontro com o Real, contra a consistência imaginária que o impediria de atravessar a experiência tal como ela é” (2006, p. 229). Consideramos fundamental que os familiares envolvidos no processo de doação possam contar com um espaço de escuta que favoreça um tempo para a elaboração de um encontro com o real da morte.

3. 2 CONSIDERAÇÕES AO TEMPO

O tema do tempo foi inserido no presente estudo a partir da necessidade da pesquisadora de compreender conteúdos subjetivos que envolvem os familiares dos pacientes potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. Na realidade buscamos conhecer impasses subjetivos que pudessem estar relacionados ao

espaço de tempo compreendido entre a abertura do protocolo de morte encefálica e a decisão sobre a doação de órgãos e tecidos.

A nossa intenção é trazer à luz algumas considerações sobre o tempo lógico na psicanálise, dessa maneira recorreremos ao texto de Lacan (1998) “O tempo lógico e asserção da certeza antecipada”. Através do referido texto Lacan fundamenta a temporalidade da experiência subjetiva com a lógica. Ele apresenta um sofisma onde aparecem as manifestações do tempo como sincronia e sucessão, a pressa aparece como uma dimensão temporal do sujeito. O sofisma de maneira resumida apresenta-se da seguinte maneira: um diretor de um presídio manda comparecer à sua presença três prisioneiros e propõe-lhes um teste em troca da liberdade. Apresenta-lhes cinco discos, três brancos e dois pretos. Ele fixa nas costas de cada um deles um disco sem que os prisioneiros saibam qual a cor fixada em si. Todos deveriam permanecer mudos, mas podendo olhar uns para os outros, longe do alcance de um espelho. O primeiro que adivinhasse a cor fixada em si sairia pela porta, desde que conseguisse explicar a lógica que o levou ao resultado. Os prisioneiros aceitaram e pouco tempo depois eles saem juntos da prisão. Seguindo um raciocínio idêntico, cada um, separadamente, compreendeu que trazia um disco branco.

Na argumentação proposta por Lacan, havia três possibilidades: 1) Se A vê um disco preto, ele deduz que o seu é branco e sai imediatamente; 2) Se A vê um disco preto e um branco, segue o seguinte raciocínio: “Se eu fosse C (branco) e visse dois pretos, eu sairia. Como C não sai eu sou branco e saio eu”; 3) Se A vê dois discos brancos raciocina: “Se eu for preto, B e C estão vendo um disco preto e um branco e pensam que “se sou preto, o outro que é branco vê dois pretos. Deduzem que são brancos e saem.

No referido sofisma a conclusão se apresenta como uma solução lógica. Logo após se olharem (tempo de ver), os prisioneiros põem em dúvida sua solução, num segundo tempo (tempo de compreender). Depois no (tempo de concluir) a pressa antecipa uma decisão, nesse caso a saída dos três prisioneiros. Então de acordo com Lacan o tempo de ver é um momento que o tempo é zero, momento de fulguração, onde o sujeito em questão é impessoal. O tempo de compreender é um tempo onde a hipótese se cristaliza, esse tempo inaugura a dimensão imaginária. No tempo de concluir o sujeito declara o que é.

De acordo com Silva (2003) Na práxis da urgência, “clínica das pessoas que, no momento do desespero, não falam e se conseguem falar não articulam bem o que se diz, o tempo de ver e o de concluir são insuportáveis para o sujeito, então o analista considerando o paradigma do tempo lógico vai privilegiar o tempo de compreender.

O tempo lógico se difere radicalmente do tempo cronológico da medicina. Dessa maneira, podemos ver que o sujeito do inconsciente, que é o sujeito da psicanálise, não viria à tona se não fora movido por algo para além de uma urgência ligada ao tempo cronológico, mas sim por “[...] um movimento de verificação instituído por um processo lógico [...]”. (LACAN, 1996, p. 203), no qual se destacam os três tempos referidos acima: o instante de ver, o tempo de compreender e o momento de concluir.

Podemos afirmar, então, que o tempo lógico da psicanálise difere de maneira radical do tempo cronológico da medicina. Vamos escolher tomar como exemplo uma situação de emergência médica, em que antes de tudo o médico deve concluir algo sobre o outro, o paciente. Ele ainda deve adotar procedimentos baseado no tempo cronológico. Diante de tal situação, um segundo pode fazer diferença no resultado final. A compreensão sobre um fato ocorrido muitas vezes acontece somente em um momento posterior. Isso se deve ao fato de que os profissionais que lidam com as urgências são ensinados a ler os sintomas apresentados pelo paciente, tentando encaixá-los em diagnósticos classificatórios da forma mais rápida possível. Por causa disso, acontece do paciente, numa situação emergencial, receber tratamento para diversas patologias, quando na realidade o diagnóstico definitivo só se revelará mais adiante. Consideramos que nesses casos existe a fusão do instante de ver com o momento de concluir. E como não existiu o tempo para compreender, o tempo para as elaborações foi foracluído do circuito. No entanto, o tempo se faz para quem tem o saber sobre o que é o melhor para o paciente naquele momento, dessa maneira, o sujeito que nesse caso é o paciente fica excluído do processo de compreender.

O tempo, para a psicanálise, é sempre lógico, nesse sentido ele precisa passar pelo instante de ver e pelo tempo de compreender para alcançar o momento de concluir. Vale ressaltar que essas três moções temporais, se comparadas a um tempo cronológico, podem demorar segundos, como é o caso de um jogo de cartas, uma conferência diplomática, ou uma sessão analítica. Em outros casos, podem

durar horas, dias ou anos. É importante esclarecer que o sujeito fica imerso na indefinição do momento de compreender e, em função da pressa que empurra o sujeito a formular uma certeza no momento de concluir, este se antecipa e emerge afirmando a sua verdade, sua conclusão. Em alguns casos, é possível escutar “demorei muito para compreender essa situação” ou “preciso de mais tempo para pensar”. Enfim, qual será o tempo para compreender? Quando será o momento que esse sujeito da certeza emerge? Vale dizer ainda que a pressa do tempo lógico está relacionada à ordem de uma pressão pulsional, o oposto do tempo cronológico.

No hospital, sabemos que na maioria das vezes aqueles que ali chegam nas mais diversas situações, são lançados ao instante de ver, quando não é dada a oportunidade de passar pelo tempo de compreender e prosseguir para o momento de concluir. Nos casos dos familiares envolvidos no processo de doação de órgãos, além de estarem lançados ao instante de ver, eles são convocados a concluir sobre a morte encefálica e a decisão sobre a oportunidade da doação. Em alguns casos os familiares demonstram impasses subjetivos diante de tal decisão.

De acordo com Rodrigues (2003, p. 95), “O saber é sempre inacabado, e a conclusão far-se-á como um passo no escuro, por isso que é angustiante”. Ressalta-se que, nessa operação lógica, “[...] é preciso um elemento, “a pressa” para que o sujeito seja forçado a se precipitar numa resposta, senão, sem esse elemento que tem a estrutura de um corte, o sujeito não cai fora, não se lança” (*idem*).

Nesse ponto vale ressaltar que a urgência subjetiva em psicanálise, possui um significado diverso de todos os tipos de urgência que transitam pelas mais diversas especialidades e pelo senso comum. Aqui é importante esclarecer que a emergência médica é o evento em que existe a necessidade imediata da intervenção médica, sem tempo para o preparo do paciente porque existe risco de morte. Na urgência, há necessidade da atuação médica, porém, não existe risco de vida imediato, a cirurgia precisa ser realizada, mas pode ser agendada. Desta maneira, podemos afirmar que a medicina trabalha com o tempo cronológico e a psicanálise trabalha com o tempo lógico. O tempo em psicanálise, diferente da medicina é sempre lógico, no sentido de que é necessário passar pelo tempo de ver e por um tempo de compreender até alcançar o momento de concluir. Lacan (1945:206) no seu texto “O Tempo Lógico e a Asserção da Certeza Antecipada destaca que:

“não é em razão de uma contingência dramática, da gravidade do que está em jogo, ou da emulação do jogo que o tempo urge; é na urgência do movimento lógico que o sujeito precipita simultaneamente seu juízo e sua saída, no sentido etimológico do verbo, ‘de cabeça’, dando a modulação em que a tensão do tempo inverte-se na tendência ao ato que evidencia aos outros que o sujeito concluiu”.

Na entrevista familiar para doação à família precisa de um tempo para compreender que o diagnóstico de morte encefálica significa morte real. Nesse caso, o tempo ao qual nos referimos não é um tempo cronológico, mas um tempo lógico. Lacan diz que quando somos colocados em situações de impasses em nossas vidas estamos diante das três moções temporais: o instante do olhar ou instante de ver, o tempo para compreender e o momento de concluir. No instante de ver o sujeito se depara com algo, mas é como se ele não apreendesse que aquilo diz respeito a ele. O tempo para compreender é um tempo que se abre à meditação, ao raciocínio do que está em questão. No momento de concluir o sujeito urge por declarar algo. Como afirma Lacan (1945), o sujeito lógico, o sujeito do conhecimento, aquele que só pode ser exprimido pelo (eu). No momento de concluir, portanto, não há lugar para a impessoalidade ou indefinição como acontece no instante de ver, mas o sujeito segue na direção de uma asserção sobre si, sobre o que ele quer e isso requer uma elaboração antecipada. É interessante ressaltar que a certeza é sempre antecipada porque mesmo seguindo o percurso do tempo lógico, no final, no momento de concluir a certeza não é absoluta, ela é sempre relativa.

Para concluir, ainda as palavras de Oliveira (2003, p. 48):

São situações que o tempo nosso conhecido precisa ser trabalhado pelo pincel do ouvido, precisa ser deformado, encolhido, esticado, recortado – quase uma anamorfose temporal – para que um trabalho seja viável. Em outras, precisa ser composto como colcha de retalhos, onde se desenham os tempos da ação, os tempos das equipes e os tempos de cada sujeito.

Concordamos com Oliveira (2003, p. 47) quando ela, referindo-se ao tempo no hospital, reflete que “A urgência do atendimento pede um tempo diferente daquele linear e progressivo pelo qual contamos nossos dias, pede do psicanalista um posicionamento concreto, um acolhimento imediato à angústia”. E enfatiza que a angústia “[...] fala um idioma difícil de ser escutado”. Ou, de forma contrária, a urgência às vezes pede uma parada para melhor ser caracterizada.

3.3 SOBRE A MORTE

O que significa a morte? Se a morte é a única certeza que temos na vida, por que a tememos tanto? A perda de um ente querido, de um filho, um pai, um irmão, uma mãe, uma esposa, um marido – por que dói tanto? O que significa para nós a morte de nossos semelhantes? Por que as pessoas sofrem tanto com a morte? Freud (1915), no trabalho intitulado “Nossa atitude para com a morte”, revela que temos uma tendência inegável para colocar a morte de lado, para eliminá-la da vida. E que por isso ficamos profundamente abalados com a perda de um ente querido. Ficamos paralisados, pensando a respeito de quem substituirá o filho junto à mãe, ou mesmo o marido junto à esposa e o pai junto aos filhos.

Em diversos momentos, ao longo de sua obra, Freud falou sobre a morte. No trabalho intitulado “Sobre a Transitoriedade” (1915, p. 346), ele, além de apresentar reflexões sobre a transitoriedade da beleza da natureza e da arte, propõe uma reflexão sobre tempo e morte:

A beleza da forma e da face humana desaparece para sempre no decorrer de nossas próprias vidas; sua evanescência, porém, apenas lhes empresta renovado encanto. Uma flor que dura apenas uma noite nem por isso nos parece menos bela. Tampouco posso compreender melhor porque a beleza e a perfeição de uma obra de arte ou de uma realização intelectual deveriam perder seu valor devido à sua limitação temporal.

Nesse mesmo texto, Freud (idem, p. 347) tece considerações sobre o enigma do luto e apresenta uma indagação e também afirma:

Permanece um mistério para nós o motivo pelo qual esse desligamento da libido de seus objetos deve constituir um processo tão penoso, e até agora não fomos capazes de formular qualquer hipótese para explicá-lo. Vemos apenas que a libido se apega a seus objetos e não renuncia àqueles que se perderam, mesmo quando um substituto se acha bem à mão. Assim é o luto.

Freud (1917, p. 275), no texto intitulado “Luto e Melancolia”, considera o enfretamento do homem diante da morte. Define o luto e estabelece a distinção da melancolia.

O luto de modo geral é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por conseguinte, suspeitamos que essas pessoas possuem uma disposição patológica. Também vale a pena notar que, embora o luto envolva graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais nos ocorre considerá-lo como sendo uma condição patológica e submetê-lo a tratamento médico.

Freud (1915) afirma ainda que as pessoas não abandonam de bom grado uma posição libidinal. Por isso, a perda de alguém a quem se ama pode provocar a perda da vontade de substituí-lo e o enlutado pode ficar ligado a pensamentos sobre aquele que se foi, o seu objeto amado. No luto, o sujeito sabe identificar o que ele perdeu; diferentemente da melancolia, em que o paciente não sabe conscientemente o que perdeu. “Sabe quem perdeu, mas não o que perdeu nesse alguém” (idem, p. 277). O melancólico, segundo Freud (1915, p. 278), tem outra característica que está ausente no luto, “[...] uma diminuição extraordinária de sua autoestima, um empobrecimento de seu ego em grande escala”.

Mannonni (1995, p. 35), em seu livro “O Nomeável e o Inominável: a última palavra da vida”, conta um pouco do sofrimento e da decisão de Freud ante a perda dos filhos e do neto, somado à doença que o acometeu:

A partir dos 60 anos, Freud experimentou o luto – no que ele tem de mais irreparável (a morte de vários de seus filhos) e em seguida a provação da doença. Numa carta a Ferenczi, ele escreve, em 4 de fevereiro de 1920. “Preparei-me durante anos para a perda de meus filhos, e agora é minha filha que morre; como sou profundamente incrédulo, não tenho ninguém a quem acusar, e sei que não existe lugar nenhum aonde possa levar minha queixa.” Dois anos depois, Freud começou a ser perturbado por problemas cardíacos. Em 1923 sofreu a primeira operação no palato e suspeitou que se tratasse de um câncer. Um mês depois, perdeu seu neto favorito, de quatro anos de idade (filho de Sophie). Foi essa a única ocasião em que foi visto chorando. Continuou a trabalhar apesar da doença, dos sofrimentos físicos e dos lutos. O que pediu a seu médico foi que o ajudasse a morrer decentemente se o sofrimento algum dia se tornasse intolerável. Em 21 de setembro de 1939, Freud lembrou a seu médico, Max Schur, a promessa que esse lhe havia feito cerca de 20 anos antes. “o senhor prometeu não me abandonar quando chegasse a minha hora. Agora isso não passa de uma tortura e não tem mais sentido. Conforme seu desejo, Anna, sua filha, foi informada da vontade do pai de dar fim ao insuportável. Seu médico lhe aplicou uma injeção de dois centigramas de morfina. Aliviado, Freud entrou em coma e não acordou mais. (Grifo do autor).

Nasio (1997, p. 26), referindo-se ao sofrimento, cita Freud e diz textualmente:

O sofrimento – escreve ele – nos ameaça de três lados; o nosso próprio corpo, destinado à decadência e a dissolução [(..); do lado do mundo exterior, que dispõe de forças invencíveis e inexoráveis para perseguir-nos e aniquilar-nos. A terceira ameaça, que nos interessa aqui, provém das nossas relações com os seres humanos. E Freud precisa: o sofrimento oriundo dessa fonte talvez seja o mais duro para nós do que qualquer outro.

Mannoni (1995, p. 35) refere-se às palavras de Freud quando este perdeu a filha Sophie: “No fundo do meu ser [...]” escreve ele a Firenze “[...] descubro o sentimento de uma perda narcísica irreparável”. Freud quase se desculpa por fazer pesar sobre seu interlocutor o peso de sua dor.

A experiência prática nos trouxe à lembrança um caso de família que, ante a morte de um adolescente de doze anos, mostrou-se muito mobilizada. A avó materna apresentou-se a princípio chorando contidamente. No segundo momento, mostrou-se já muito abalada emocionalmente, revoltada e seu discurso era permeado pela angústia; passado mais algum tempo, apresentou agressões verbais direcionadas aos membros da equipe da UTI. A notícia da morte encefálica trouxe-lhe revolta desde o primeiro momento, porém, no início, ela reprimiu seus pensamentos e sentimentos. Talvez imbuída da ideia de que deveria dizer a todos em sua volta que eles não cuidaram bem de seu neto no início do tratamento e por isso ele havia morrido. Embora tivesse reprimido inicialmente essa ideia e demonstrado aceitação do ocorrido, chorava a miúdo, contidamente. Até o momento da comunicação da ME, ela não havia sequer expressado dúvidas e críticas sobre o processo, mantinha-se calada, talvez pelo vazio da angústia, do prenúncio da morte. Porém, quando entrou na unidade para ver o neto, não se conteve e apresentou os conteúdos que ocupara seus pensamentos durante os dias em que ele estivera internado. Será que caberia oferecer um espaço de escuta a essa família, a essa avó, desde a abertura do protocolo de morte encefálica, que inclusive poderia ajudar no momento da perda, como também favorecer-lhe a entrada no percurso do luto? Se tais impasses subjetivos tivessem sido trabalhados ao longo do processo, talvez ela pudesse enfrentar essa perda de maneira menos sofrida.

Para Nasio (2007), faz-se necessário uma precisão terminológica fundamental: diz respeito à diferença entre os termos sofrimento e dor. Para o autor, classicamente esses termos se diferenciam da seguinte forma: enquanto a dor corporal e a dor psíquica remetem à causa que as provoca, o sofrimento designa uma perturbação mais global, provocada por uma excitação geralmente violenta. Se

a dor é uma emoção bem delimitada e determinada, no sofrimento, em contrapartida, permanece uma emoção global mal definida: “[...] antes de tudo, a dor é um afeto, o derradeiro afeto, a última muralha antes da loucura e da morte [...]”.

Na atualidade, o hospital é um lugar privilegiado ao surgimento de situações inusitadas e nele o psicanalista pode se deparar com pessoas diante de acontecimentos inesperados em suas vidas, quase sempre permeados de muita dor. Situações limite entre morte e vida, mutilações e perdas repentinas que podem levar o sujeito à destituição de suas certezas. De acordo com Moura (1996, p. 44):

Diante de diversas situações ameaçadoras e dos acontecimentos de perda, sejam de pessoas queridas (morte) ou outras, se caracterizam na urgência por rupturas e descontinuidades que levam as pessoas a se perguntar: Quem sou eu agora? Por que comigo? E ao mesmo tempo a se deparar com a quebra de certezas e ilusões que a sustentavam. Essas situações com as quais se deparam um psicanalista em um hospital, o confrontam com uma prática atípica, a da urgência, segundo a autora quando o sujeito vai estar assujeitado às situações inesperadas e traumáticas podendo surgir uma destituição aguda permeada pela angústia.

Diz-se que Freud (1915 *apud* MANNONI, 1995), ao mesmo tempo em que afirma que “[...] nosso inconsciente é inacessível à representação da nossa própria morte”, convoca a que reservemos à morte o lugar que lhe cabe. Se quer suportar a vida – acrescenta – esteja pronto a aceitar a morte (*si vis vitam, para mortem*). Essa “aceitação” da morte vem para ele em substituição ao recalque, e é na ficção e no recalque que Freud (1915) aconselha ir à procura de algum recurso para simbolizar a própria morte: “É aí que encontramos pessoas que sabem morrer, que até mesmo conseguem matar alguém.” “Encontramos na ficção” – acrescenta ainda – “a pluralidade de vidas de que temos necessidade. Morremos com o herói que nos identificamos; contudo sobrevivemos a ele e estamos prontos a morrer com um outro herói.”

Certamente não sabemos de que sofrimento imemorial somos provenientes, provoca Nasio (1997), mas podemos estar seguros de que ele ressurge por ocasião de todas as dores físicas e psíquicas, e transmite a cada uma delas a sua qualidade do aspecto penoso. Essa dor primordial e intemporal volta incessantemente, para comunicar a todas as outras dores a marca do desprazer intolerável que se experimenta quando se é acometido por doença ou quando é a aflição que nos atinge.

Mannonni (1995) sugere a revisão de algumas passagens relacionadas com a história da morte na humanidade. Estas são fundamentais para uma reflexão sobre o tema e a relação que o homem contemporâneo tem com a morte: De acordo com a autora, Ariès (1989) explica a mudança de atitude da sociedade frente à doença e à morte. “Na Idade Média, a morte era regulada por um ritual: ela dava um aviso prévio, as pessoas eram simplesmente observadoras dos sinais sobre si mesmas; quando chegava a hora, morriam exatamente como era preciso.”

Para Esslinger (2004), na primeira fase da Idade Média, os homens participavam mais ativamente em seu processo de morrer, era a chamada morte domada, caracterizada como uma atitude de conformação e familiaridade dos parentes, amigos e crianças que “[...] dava a possibilidade de despedida dos familiares e da execução dos rituais pós-morte, uma vez que os sentimentos podiam ser manifestados e aceitos”.

Ainda é Mannonni (1995) quem esclarece:

A morte que se apresentava como uma figura aterrorizante era a “morte súbita”, provocada por acidente, envenenamento, por exemplo. Essa era denominada de “morte maldita”, pois era marcada com o selo da maldição, como se forças misteriosas, demoníacas, estivessem na origem do drama. Semelhante atribuição também era dada à loucura e à epilepsia.

A morte familiar, nomeada por Ariès de “morte domesticada”, mobilizava as pessoas a rituais. Do século XVIII até o começo do século XIX, era costume que os vizinhos, amigos e padres assistissem ao moribundo. Foi assim por muito tempo no interior da França: a casa era aberta a todos. A partir dos progressos científicos, a exemplo da medicina, surgiu a morte que Ariès qualifica de “morte selvagem”, assim explicada (1995, p. 41):

Hoje é difícil dar-se à morte um nome. Ela assusta, e tudo se passa como se não devesse existir. O homem, outrora, sabia que um dia ia morrer e preparava-se para isso, bem como para a separação de seus bens. O corpo do morto era exposto. Na Bretanha, um hino local convocava os fiéis para que viessem ver os ossos: os carneiros tornavam-se mostruários para serem vistos. Os testamentos, com frequência, eram testamentos místicos, onde o homem dizia a lembrança de um trajeto de uma vida que a morte lhe remetia. O testador tentava, além disso, deixar uma mensagem a seus descendentes. Uma tradição se transmitia, assim, da vida além da morte, para a geração seguinte. Os túmulos tinham como função guardar inscrita, sobre a pedra sepulcral, a memória de uma reputação.

Para Moritz (2005), de forma geral, os ocidentais não concebem a morte como fazendo parte da vida, mas sim como um castigo, algo de difícil aceitação e, portanto, um assunto que deve ser evitado. Ela enfatiza que nossa cultura exige que a morte seja adiada a qualquer custo. O medo mais comum é que ela seja dolorosa.

Kovács (2003) lembra Kubler-Ross (1991), que declara: não mudou a morte, continuamos a morrer, o que mudou foi a forma de lidar com ela. O homem compartilhava seu processo de morte com familiares e amigos, enquanto nos dias atuais é normalmente isolado de todos. Dessa maneira, o avanço da tecnologia e da ciência caminha em paralelo com um medo maior da morte, principalmente do processo do morrer, que é imaginado como sendo obrigatoriamente um evento doloroso, solitário e desumano.

Na perspectiva Bioética, de acordo com Moritz (2005), a morte pode ser definida como a cessação definitiva da vida; o morrer, como o intervalo entre o momento em que a doença se torna irreversível e aquele em que o indivíduo deixa de responder a qualquer medida terapêutica. Segundo a autora, a palavra morte tem sido com frequência associada, na civilização ocidental, a sentimentos de dor, separação, perda e sofrimento. Isso implica uma fuga, o que pode justificar o distanciamento psíquico e emocional quando se apresenta a realidade da morte.

Sob idêntica perspectiva, Oliveira (2005, p. 78) se pronuncia a respeito do avanço científico:

Com os avanços da ciência a morte passou a ser considerada uma ocorrência súbita caracterizada pela irrupção total das atividades vitais. Em especial, o senso comum entendia a morte como parada do coração. Cientificamente, a interrupção irreversível dos batimentos cardíacos, a cessação da circulação e da respiração significa o fim da vida - a morte. Nos anos 60, esse conceito foi modificado, em virtude da constatação de estados denominados de coma, em consequência de reversão de parada cardiorespiratória, por meio de massagem cardíaca externa e interna, além da instituição de ventilação pulmonar artificial.

Segundo Kovács (2003), no final do século XX o tempo de vida foi prolongado, bem como o processo da morte. Como resultado do desenvolvimento da medicina e das técnicas, houve o prolongamento da vida: muitas doenças foram eliminadas, chegando-se à cura total; em outras situações, embora não se tenha obtido a cura, foi constatada a possibilidade de convivência com a doença, diminuindo-se os sintomas cotidianos de mal-estar. Ou ampliando as expectativas de

vida. Oliveira (2005) afirma que, no final da década de 80, os sofisticados equipamentos de recuperação e preservação de funções orgânicas vitais traduzem o teor de uma verdadeira revolução científica e tecnológica. E reitera o que fora abordado anteriormente por Kovács, de que, com o surgimento dos transplantes de órgãos e tecidos, especialmente com a retirada do coração ainda animado por contrações, inaugura-se uma outra perspectiva, fazendo por mudar o que vinha sendo consolidado como o fim da vida: a parada cardíaca. A realidade em torno dos transplantes rompeu uma barreira de conceitos e introduziu a noção de morte cerebral como critério de fim de vida de uma pessoa, com a possível disponibilidade de órgãos e tecidos de seu corpo.

Vargas e Ramos (2006) postulam que controlar a vida implica continuamente em ressignificar a morte. A par do postulado, as autoras trazem que o discurso científico referente à morte tem sido articulado na confluência dos discursos médico/tecnobiomedicina, jurídico e ético. Chega-se à morte na “terceira pessoa”, à morte em geral, à morte abstrata e anônima: objeto que pode ser descrito e analisado. O caráter investigativo das autoras leva à indagação a respeito da relação que os profissionais de enfermagem estabelecem com o processo da morte, do morrer e da doação de órgãos. Anunciam que tais profissionais estão diretamente implicados nesses processos: conectam pacientes a equipamentos; detectam limiares tênues e deslizantes entre vida e morte; cuidam dos receptores de órgãos; conservam pacientes doadores de órgãos conectados a várias máquinas para a manutenção de condições ideais, dentre outros. E, mais recentemente, segundo as autoras, são profissionais que integram as equipes de captação de órgãos.

Para Oliveira (*op. cit.*), a morte cerebral, fatalmente, nos faz pensar na questão dos transplantes. O desenvolvimento de estratégias de captação de órgãos, tecidos e técnicas de transplantes representou significativo passo em direção à prática médica no século XX, possibilitado em grande parte pela aceitação ética e científica do diagnóstico de morte cerebral ou morte encefálica. Vejamos como diz o autor (*op. cit.*, p. 79):

A valorização do corpo humano como reserva e fonte de órgãos e tecidos para fins de transplantes podem suscitar conflitos éticos e jurídicos pelo fato de que o corpo é, por princípio, inviolável e inalienável. A morte encefálica, expressão da irreversibilidade das lesões do sistema nervoso central, adquiriu um estatuto próprio e sua definição passou a ser estabelecida por lei e normas complementares. [...] Para a viabilidade dos transplantes,

surgiu a condição de consentimento do doador. O cadáver passou a ser visto como depositário de alternativa de suporte de uma outra vida. Percebe-se, então, importante mudança no valor do corpo humano: como material anatômico, seu uso para fins didáticos e/ou científicos passou a ter finalidade terapêutica. Mas, no âmbito da afetividade, o cadáver pertence à família, que trata das solenidades de luto e do sepultamento. O cadáver não pode ser vendido, é inacessível aos negócios habituais – é *res extra commercium*. O corpo humano é de natureza extrapatrimonial.

Em momento anterior à intensificação dos transplantes, Vargas e Ramos (*op. cit.*) são do parecer que as mortes cerebrais não constituíam um problema: os pacientes permaneciam longos períodos em morte cerebral. Através da implementação dos transplantes de órgãos, impõe-se a necessidade de discussão e legitimação da morte cerebral, conforme pode ser observado no recorte (*idem*, p. 142):

A morte encefálica não é uma novidade criada pela lei de doação de órgãos em seu artigo 3º, mas é interessante destacar a ambiguidade gerada por ele: Aliás, somente este artigo mereceria um debate especial, pois, para o imaginário de muitos, doravante morrer e viver mudaram de sentido: a vida do coração, outrora órgão rei ou a vida do pulmão, que no apogeu da termodinâmica foi considerado o centro do calor vital, o órgão do espírito, devem ser mantidos após a morte encefálica para possibilitar o transplante. Aqui a morte ideal não é aquela em que o 'descanse em paz pode ser dito a todos os órgãos

Segundo as autoras acima referidas (*idem*, p. 143), cabe ainda refletir sobre os discursos que envolvem o contexto social dos transplantes de órgãos que o legitimam como “presente da vida”. Nesse contexto social, surgiu a necessidade de reconceitualizar a morte como uma possibilidade de dispor de órgãos vitais para a efetivação dos transplantes. Especificamente, mais do que o transplante de órgãos, a morte cerebral é o presente para a vida. Nas palavras das autoras (*idem*, p. 144):

A morte tomada pelos profissionais, transformada, elaborada e detida pelo hospital e pelas máquinas consegue ser uma abstração da morte real e, ao mesmo tempo, a objetivação concreta da morte subjetiva. Encarar a fragilidade de qualquer noção que se pretenda exata ou perfeita, para o encontro com a mera utilidade que elas possam nos assegurar é o conforto possível e, talvez, a responsabilidade necessária.

Nas situações relacionadas ao contexto das famílias ante a morte de um de seus membros a psicanálise nos diz o quanto é difícil suportar. Sobre a possibilidade

da doação de órgãos e tecidos para transplantes, a experiência prática e a literatura apontam que esse momento é bastante delicado. Os familiares, ao serem informados da morte encefálica são impulsionados a tomarem consciência da morte real. No momento seguinte, são entrevistados e questionados acerca da intenção da doação; em muitos casos, eles demonstram dificuldades para tomar a decisão, talvez em função do curto espaço de tempo e dos impasses subjetivos que emergem diante de tal processo. O tempo nos parece curto para o familiar compreender a morte encefálica como sendo a morte real e ainda tomar uma decisão sobre a doação. Dentre as demandas apresentadas nesse momento de dor, perda e angústia, dentre outros se incluem o atendimento às necessidades familiares imediatas e as questões subjetivas. É fundamental que a equipe esteja qualificada para acolher e escutar a família na sua mais profunda dor. Respeitar o momento do sofrimento familiar, ajudar na elaboração do luto e na clareza necessária para se decidir sobre a doação. Esta forma ética e respeitosa deve, no nosso entendimento, considerar o tempo dos membros da família para assimilar esse processo e servir de base para o trabalho que os profissionais envolvidos com os familiares devem sempre considerar, consciente do que ali há de grave e delicado a ser considerado.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A opção metodológica de trabalho, nesta pesquisa foi a abordagem qualitativa descrita por Turato (2010). A referida concepção metodológica enfatiza que o método clínico-qualitativo é concebido como um meio científico de conhecer e interpretar as significações – de natureza psicológica e psicossociais – que os indivíduos, pacientes ou outras pessoas preocupadas com problemas da saúde, tais como as equipes de profissionais, os familiares e pessoas da comunidade, dão aos fenômenos do campo da saúde-doença.

O referido autor ao propor a construção da metodologia clínico-qualitativa busca criar um refinamento dos clássicos métodos qualitativos (compreensivo-interpretativos) das ciências humanas, assim como ocorre nas práticas da área de saúde e teorias epistemológicas pensadas para a pesquisa no campo social. Ele enfatiza que tal proposta de pesquisa qualitativa, está sobre as antigas bases filosóficas da fenomenologia. Dessa maneira é frente às angústias e às ansiedades do indivíduo e da “acolhida” a este que deve surgir o interesse do pesquisador para uma melhor aproximação com o problema que vivencia, ou sente em profundidade. O autor refere os conceitos básicos da psicanálise como uma opção para encontrar elementos norteadores para a elaboração e aplicação dos instrumentos auxiliares de pesquisa, como também, o referencial teórico para a atividade de imaginação/discussão dos resultados.

Minayo (2010) tecendo considerações sobre o método qualitativo afirma que o mesmo se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e como sentem e pensam sobre si mesmo. Mannheim (1968 apud Minayo, 2010) diz que uma situação humana só é caracterizável quando o pesquisador leva em consideração as concepções que os participantes têm dela e a forma como vivenciam suas tensões assim concebidas.

No que se refere a escolha por uma metodologia qualitativa e não quantitativa Granger, (1967 apud Minayo, 2010) diz que a escolha do tipo de pesquisa não está relacionada a uma escolha pessoal, “o uso de métodos e técnicas não quantitativas é conseqüência da necessidade de captar algo dos aspectos subjetivos da realidade social, e de reconhecer a dualidade real entre quantitativo e qualitativo”.

Esta opção pela pesquisa qualitativa baseou-se na compreensão de que se pretendia com este estudo apreender um momento complexo da vida de familiares de pacientes com suspeita de morte encefálica (ME) e dos profissionais que conduziram o processo no sentido de fazer uma aproximação dos aspectos subjetivos específicos desse campo.

Este estudo foi realizado em um hospital geral da rede pública do Estado da Bahia de referência em politraumatismo, no período compreendido entre os meses de junho de 2010 a janeiro de 2011. No referido hospital se encontrava em funcionamento a Central de Órgãos do Estado. Esta era responsável pela busca ativa de pacientes potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. Cabia aos profissionais da área de enfermagem e medicina acompanhar os pacientes com suspeita de morte encefálica durante a investigação do protocolo de morte encefálica até a conclusão do processo incluindo nesse percurso a entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Neste estudo buscamos identificar se os profissionais que conduzem a entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos para transplantes identificam e manejam os impasses subjetivos apresentados pelos familiares e os seus próprios durante um período compreendido entre a abertura do protocolo de morte encefálica até a realização da entrevista familiar para doação. Esta pesquisa parte do pressuposto que, durante a referida entrevista a família apresenta conteúdos subjetivos: afeto sentimento e emoção que necessitam ser identificados, acolhidos, escutados e manejados pelos profissionais responsáveis pela condução da referida entrevista. Questionamos se as condições de realização da entrevista familiar para doação são favoráveis para a decisão. Interrogamos se a família apresenta demanda para ser assistida em suas questões subjetivas desde um momento anterior à referida entrevista.

O objetivo deste trabalho é revelar os impasses subjetivos intervenientes em familiares e profissionais que participam do processo de doação de órgãos e tecidos. Especificamente, buscamos identificar a percepção dos profissionais sobre o afeto,

sentimento e emoção na experiência vivida pelos familiares, como também a sua própria experiência durante o referido processo.

4.2 PARTICIPANTES

Os sujeitos deste estudo foram identificados a partir de um contato telefônico para o hospital onde o presente estudo foi realizado. Buscou-se obter a informação sobre a existência de pacientes potenciais doadores com o protocolo de morte encefálica em fase de conclusão.

Os pacientes com o diagnóstico de morte encefálica eram em sua maioria adultos jovens e sofreram mortes violentas: acidente moto ciclístico (4), queda (2), atropelamento (2) acidente por arma de fogo (1) e acidente vascular cerebral (1). Nesse grupo de pacientes havia apenas uma mulher, ela sofreu acidente moto ciclístico e duas crianças ambas de sexo masculino com idades de dez e doze anos. Apenas em dois casos os pacientes tinham idades acima de 45 anos.

Este estudo trata de familiares de dez pacientes potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. Especificamente, apenas um membro de cada família foi convidado para conceder a entrevista desta pesquisa. Foram estabelecidos os seguintes critérios de escolha: o familiar deveria ter acompanhado o processo desde a abertura do protocolo de morte encefálica até entrevista familiar para doação; o familiar precisava demonstrar condições emocionais e psicológicas para conceder a entrevista; deveria ser um parente de primeiro ou até de segundo grau. Cinco familiares concederam a entrevista da pesquisa: irmão (1); irmã (1); filho (1); prima (1); tio (1) conforme consta em anexo (Apêndice E). Cinco familiares não foram entrevistados, destes, três residiam no interior e não apresentavam condições logo após a entrevista familiar para doação; dois disseram que consentiam a entrevista, porém não disponibilizaram horários durante os diversos contatos telefônicos. Vale ressaltar que o grau de parentesco referido neste trabalho está sempre relacionado ao paciente.

Foram observados dez profissionais responsáveis pela condução da entrevista familiar para doação. Destes, seis concederam a entrevista para este estudo: enfermeiras (4); médicas (2). Uma profissional que foi responsável em

acompanhar dois casos, não concedeu as entrevistas para a pesquisa justificando que não gostaria que sua voz fosse gravada. No caso das outras duas, não houve disponibilidade de horários por parte das profissionais para realização da referida entrevista.

4.3 ESTRATÉGIAS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu a partir da disponibilidade da pesquisadora em efetuar uma ligação telefônica para a Central de Órgãos, com o objetivo de adquirir a informação sobre a existência de pacientes potenciais doadores com o protocolo de investigação de morte encefálica aberto em fase de conclusão. A partir de tal informação buscou-se uma aproximação com o campo de pesquisa. Em todos os casos os pacientes encontravam-se internados em Unidades de Tratamentos intensivos UTI's – geral e cirúrgica. Neste estudo utilizamos três instrumentos de investigação: diário de campo, entrevista individual com um familiar e entrevista com a profissional responsável por conduzir o caso. Todas as entrevistas foram gravadas em multimídia e posteriormente transcritas integralmente.

O diário de campo incluiu registros gerais, observações da pesquisadora desde o primeiro contato com a profissional responsável pelo caso, até a finalização do processo, após a entrevista familiar para doação. O referido instrumento pretendeu captar o mais detalhadamente possível as observações e as impressões de cada caso. Os diários de campo foram elaborados inicialmente no hospital e seu fechamento ocorreu no mesmo dia de conclusão dos respectivos casos. Segundo Minayo (2010) no diário de campo devem ser inscritas impressões, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com falas, manifestações dos participantes relacionadas a vários pontos investigados e também outros aspectos. A autora enfatiza que o acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, relações e comportamentos podem favorecer para uma pesquisa de campo mais verdadeira.

A entrevista é a estratégia mais utilizada no trabalho de campo da pesquisa qualitativa. De acordo com Minayo (2010) configura-se como uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, é realizada a partir da iniciativa do entrevistador tendo

como meta a construção de informações relevantes para um objeto de pesquisa considerando a abordagem do entrevistador. As entrevistas, de acordo com a referida autora, podem ser conversas com uma finalidade, como também, se caracterizam de acordo com sua forma de organização.

Neste estudo escolhemos a entrevista semi-estruturada, modalidade de entrevista que combina perguntas fechadas e abertas. O entrevistado tem a oportunidade de discorrer sobre o tema livremente, sem estar preso a indagação formulada. A autora diz que a entrevista como uma fonte de informação fornece elementos secundários e primários de duas naturezas: informações que poderiam ser adquiridas de outras fontes ditas objetivas tais como: censos, estatísticas, registros civis ou de óbitos. A outra se refere especificamente ao indivíduo entrevistado e trata-se da reflexão do próprio sujeito relacionada à realidade que ele vivencia, considerada pelos cientistas sociais de realidades subjetivas, que podem ser adquiridas com a contribuição da pessoa. Estas são constituídas a partir de uma representação da realidade: idéias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar, condutas, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos.

Turato (2010) contemplando o método clínico-qualitativo e referindo-se as técnicas clínico-qualitativas, ressalta que a entrevista clínico-psicológica realizada em profundidade e a observação ampla e livre refinada da auto-observação são as mais indicadas para esse tipo de pesquisa. O referido autor reitera as palavras acima mencionadas por Minayo (2010) e nos diz que os dados que interessam à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa estão contidos na entrevista, através de dados provenientes de duas naturezas: uma objetiva, onde o pesquisador poderia conseguir os dados através de outras fontes como registro de instituições e uma outra natureza, a subjetiva que se relacionam ao entrevistador.

As entrevistas com os familiares ocorreram no hospital, em alguns casos logo após a entrevista familiar para doação, em outros, em até trinta dias após a data do diagnóstico de ME, na data e no local de preferência do familiar – sempre em ambientes reservados onde se pôde gravar a entrevista, oferecer privacidade e conquistar tranquilidade e atenção necessárias. Apenas uma entrevista ocorreu fora do ambiente hospitalar, no trabalho do entrevistado. Para facilitar a condução das entrevistas, foram identificados grandes temas considerados importantes para serem explorados durante a entrevista com familiares: conhecimentos e sentimentos

quando informado sobre a abertura do protocolo de morte encefálica; pensamentos que prevaleceram no recebimento da informação da morte encefálica; sentimentos durante a entrevista familiar para doação; pensamentos no momento que foi solicitada a decisão familiar sobre a doação; dificuldades enfrentadas para a decisão; momento mais difícil durante o processo; palavras que representem essa experiência. O roteiro da entrevista realizada com familiares encontra-se em anexo (Apêndice C).

Um ponto relevante refere-se ao fato de que, após a entrevista familiar para doação, o familiar que atendia ao critério para a entrevista da pesquisa, no tocante ao acompanhamento do processo desde a abertura do protocolo até o final com a entrevista familiar, nem sempre apresentava condições de conceder a entrevista da pesquisa. Como também, alguns residiam no interior do Estado, o que inviabilizava a marcação para um outro momento.

As entrevistas com os profissionais foram realizadas após o encerramento da entrevista familiar para doação a depender da disponibilidade da profissional. Nesta entrevista foram mencionados os seguintes temas: tempo de acompanhamento do caso; se havia um conhecimento prévio sobre a reação da família desde a abertura do protocolo; percepção sobre os sentimentos da família no fechamento do protocolo de morte encefálica; conhecimento familiar sobre a morte encefálica; afeto e sentimento manifestos no momento da notícia da morte; sentimento expressos no momento da decisão sobre a doação; dificuldades enfrentadas pela família; percepção profissional o momento considerado mais difícil para a família; palavras que representem aspectos subjetivos/afeto; o sentimento/afeto mais presente no profissional. O roteiro da entrevista encontra-se em anexo (Apêndice D). Houve casos em que faltou a entrevista do profissional, por dois motivos anteriormente mencionados, dentre esses, dificuldade da profissional de falar diante do gravador.

Os fatos citados impediram que durante a discussão dos casos fosse possível cruzar a fala do familiar de um caso à fala do profissional do mesmo caso, conforme consta na discussão e na tabela de instrumentos utilizados para a elaboração dos casos em anexo (Apêndice E).

Considerações tecidas por Turato (2010) sobre a entrevista, nos revelam que o ato de conduzir a entrevista tem o significado de dar a direção, ou seja, apontar o caminho para onde a entrevista vai seguir, denomina-se de entrevista dirigida. Isso significa também que a direção da entrevista pode ser dada de maneira alternada,

pelo entrevistador em diversos momentos tendo em vista a flexibilidade permitida ao entrevistado para que em alguns momentos assumir o comando. O objetivo dessa troca é buscar naturalmente a melhor construção das idéias em exposição. A entrevista é conceituada como um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, favorecendo no encontro face a face uma série de fenômenos e elementos que devem ser considerados sobre a pessoa do entrevistado, e de certo modo também da pessoa do entrevistador.

4. 4 SISTEMATIZAÇÃO DA ANÁLISE DOS DADOS

A partir do diário de campo e das transcrições das entrevistas realizadas com familiares e profissionais foram elaborados dez casos. Todos eles possuem dados coletados no diário de campo, nas entrevistas com familiares e profissionais. Em todos os casos foram realizadas articulações teóricas a partir da teoria psicanalítica. O presente trabalho se utiliza desta abordagem teórica, embora esta não seja o seu objeto de pesquisa. Nesse sentido, Turato (2010) dá suporte ao método clínico-qualitativo para análise dos fenômenos da área de saúde, da área da psicologia da saúde com seus estudos clínicos qualitativos, ou ainda da tradicional psicologia médica. Esse método tanto empresta quanto se apropria de conceitos da psicanálise que serão usados como ferramentas, a fim de empreender suas pesquisas científicas.

Para a elaboração dos casos, partimos da leitura do diário de campo e, na medida em que foram identificados conteúdos relevantes para análise e discussão, a pesquisadora foi inserindo recortes de trechos das entrevistas realizadas com o familiar e com a profissional que acompanhou o caso. Esse processo de construção dos casos foi detalhado e rigoroso, buscando representar não apenas a reprodução de falas e das observações contidas no diário de campo, mas também, sentimentos, afeto e emoção dos familiares e profissionais envolvidos no processo.

Após esse momento, no qual o caso já se apresenta em quase sua totalidade, direcionamos o foco do trabalho para a abertura de um diálogo entre este material até então produzido e a teoria psicanalítica. Dessa maneira, buscou-se o aprofundamento sobre os impasses subjetivos que neste estudo puderam ser

identificados através da expressão de sentimento, afeto e emoção dos familiares. Assim como, trazê-los para uma discussão que pretende assinalar a relevância de tais aspectos que se fazem fundamentais para a decisão familiar que se impõe nesta hora. Todos esses passos foram seguidos para a elaboração dos dez casos que compõem o presente trabalho de pesquisa.

Segundo Turato (2010) existem três pilares sustentadores da metodologia clínico-qualitativa: a atitude existencialista da valorização dos elementos subjetivos: angústia e ansiedade presentes de forma existencial nos sujeitos a serem estudados; a atitude clínica da acolhida dos sofrimentos emocionais da pessoa inclinando-lhe a escuta e o olhar, impulsionado pelo desejo e hábito de ajudar; atitude psicanalítica que está relacionada ao uso de concepções vindas da dinâmica do inconsciente, tanto para a construção e aplicação dos instrumentos auxiliares, como também, para o referencial teórico da discussão dos resultados.

4.5 ELEMENTOS DA DISCUSSÃO

O capítulo da discussão apresentou seis itens considerados fundamentais para contextualizar o nosso objeto de estudo: I) a gravidade do caso e a abertura do protocolo de morte encefálica; II) a família diante do fechamento do protocolo e do recebimento do diagnóstico de morte encefálica; III) a entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos; IV) afeto, sentimento e emoção intervenientes em familiares e profissionais; V) o momento mais difícil durante o processo; VI) o tempo envolvido no processo de doação. A partir da leitura de tais tópicos realizamos a discussão baseada nas falas dos familiares e dos profissionais relacionando-as com a teoria psicanalítica.

Em alguns casos foi possível relacionar a fala de familiares e profissionais respectivamente. Em outros tal relação não foi possível, então buscamos analisar as falas independente de fazer essa relação. Primeiro tentamos agrupar as falas dos familiares e depois a dos profissionais, em alguns casos surgem ambas juntas.

Sobre a apresentação dos resultados da pesquisa clínico-qualitativa Turato (2010) sugere que esta deve ser descritiva e a mesma deve ocorrer conjuntamente com a discussão da versão redigida do trabalho. O autor ressalta que nas pesquisas

clínico-qualitativa o pesquisador imbuído de um saber psicanalítico compreende que as palavras contêm silêncios, portanto discutir dados de uma entrevista não é ficar preso ao que foi concretamente dito nas entrevistas e escrito nas anotações de campo. As palavras são emudecedoras das verdades subjacentes, dessa maneira os pesquisadores que ficam presos às palavras não capturam o real do espírito científico.

4. 6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os sujeitos participantes desse estudo foram os familiares de pacientes potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes e os profissionais que participam desse processo. Desta forma, os familiares estavam vivendo processos de luto pela morte de um ente querido. Buscamos como premissa básica respeitar os sujeitos envolvidos nesta pesquisa. Em todos os casos, tivemos o cuidado para que as entrevistas fossem realizadas em um ambiente privado visando proteger os sujeitos quanto ao sigilo e a livre expressão de seus conteúdos e sentimentos. Buscamos o momento mais adequado para a realização da entrevista com os familiares e profissionais. Todas ocorreram em ambiente hospitalar, com a exceção de uma que pela escolha do familiar ocorreu no seu ambiente de trabalho em uma sala reservada. Respeitamos o momento em que a família escolheu e mostrou aceitação e condições para submeter-se à mesma, em um período de até um mês após a morte. Todos os familiares foram acolhidos no referido momento, como também, informados sobre a disponibilidade da pesquisadora em ajudá-los caso desejassem, inclusive realizando encaminhamentos para o atendimento psicológico através de unidades da rede própria do SUS.

As entrevistas com os profissionais foram realizadas no hospital no momento em que o profissional se sentiu em condições de concedê-la. A maioria ocorreu logo após o fechamento do caso. Os nomes dos profissionais e dos familiares entrevistados assim como dos pacientes com diagnóstico de morte encefálica foram mantidos em sigilo.

Durante a realização deste estudo, atravessamos dificuldades e desafios que merecem ser colocados. Dentre esses, o impacto inicial da pesquisadora ao

deparar-se com a realização prática da entrevista familiar para doação em um espaço inadequado, a maioria ocorreu na sala do Serviço Social. Nesse local circulam profissionais que não fazem parte do processo além de outras famílias. Essa situação tende a interferir na livre expressão dos familiares e na falta de cumprimento da privacidade conforme preconiza as diretrizes do processo de doação. Outra questão delicada foi presenciar a tentativa da comunicação da morte encefálica na beira do leito conforme apresentamos nos casos seis e sete.

Neste estudo foi um grande desafio manter a distância necessária dos familiares durante diversos momentos onde a demanda para o acolhimento se fazia presente. Apesar do saber sobre a impossibilidade de imparcialidade do pesquisador na pesquisa qualitativa, procurei em muitos momentos manter-me distante, um desafio para uma psicóloga diante do sofrimento humano.

Todos os sujeitos entrevistados, familiares e profissionais, foram consultados e concordaram em participar da pesquisa demonstrando essa concordância com leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este estudo foi realizado somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde no Estado (SESAB), representado pela Escola de Saúde Pública do Estado da Bahia (Anexo 1).

5 APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Este capítulo apresenta dez casos que envolvem as famílias dos pacientes com diagnóstico de morte encefálica. Tais familiares foram acompanhados para o presente estudo a partir de um momento anterior ao comunicado da morte encefálica. Em todos os casos estivemos presente durante a entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos para transplantes. Os pacientes envolvidos nesse processo, oito eram adultos e dois eram crianças, ambas do sexo masculino, dos adultos somente uma era do sexo feminino. Para a construção dos casos utilizamos três instrumentos: diários de campo; entrevistas com familiares e entrevistas com profissionais, conforme se encontra em anexo (Apêndice E).

Em todos os casos foram realizadas articulações teóricas a partir da psicanálise. O presente trabalho se utiliza desta abordagem teórica, embora esta não seja o seu objeto de pesquisa.

Para a elaboração dos casos, partimos da leitura do diário de campo e, na medida em que foram identificados conteúdos relevantes para análise e discussão, fomos inserindo recortes de trechos das entrevistas realizadas com o familiar e com a profissional que acompanhou o caso. Esse processo de construção dos casos foi bastante detalhado e rigoroso, buscando representar não apenas a reprodução de falas e das observações contidas no diário de campo, mas também sentimento, afeto, emoção dos familiares e profissionais envolvidos no processo.

Após esse momento, no qual o caso já se apresenta em quase sua totalidade, a autora direcionou o foco do trabalho para a abertura de um diálogo entre este material até então produzido e a teoria psicanalítica. Dessa maneira, buscou-se o aprofundamento sobre os impasses subjetivos, assim como, trazê-los para uma discussão que pretende assinalar a relevância de tais aspectos que se fazem fundamentais para a decisão familiar que se impõe nesta hora. Todos esses passos foram seguidos para a elaboração dos dez casos que compõem o presente trabalho de pesquisa.

CASO 01

DO DESEJO EXPRESSO EM VIDA À DENEGAÇÃO FAMILIAR

Em uma das ligações realizadas para a Central de Órgãos, fomos informados que havia sido fechado mais um protocolo de morte encefálica. A profissional responsável em conduzir a entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos para transplantes estava aguardando a chegada da família no hospital. No presente caso, Pedro foi o nome escolhido para falar do paciente. Ele era um homem de aproximadamente 50 anos, casado, procedente do interior do estado. Segundo familiares, Pedro encontrava-se em sua residência quando, ao levantar-se do sofá, caiu e permaneceu desacordado. A família o levou imediatamente para o hospital local mais próximo de casa, onde foi dada a notícia de que sofrera um acidente vascular cerebral hemorrágico, conhecido popularmente como derrame. Transferido para um hospital em Salvador, permaneceu internado durante dez dias, período em que foi realizado o protocolo de morte encefálica.

O paciente encontrava-se internado no Pronto Atendimento masculino. Quando chegamos lá, observamos que os familiares estavam em torno do leito. A profissional responsável pela entrevista familiar para doação dirigiu-se ao médico intensivista e com ele conversou sobre o caso. O médico lhe informou que havia comunicado à família, durante o boletim de ocorrência, que o protocolo tinha sido fechado e que o mesmo apresentou resultado positivo para morte encefálica. O médico, sem a presença da profissional que realizaria a entrevista para doação, comunicou à família a morte de Pedro. A partir das informações que lhe foram passadas pelo médico, a enfermeira aproximou-se dos familiares e os convidou a conversar na sala do Serviço Social. A família se dispôs a acompanhá-la. Estavam presentes, durante a entrevista familiar para doação, cinco membros da família, a irmã do paciente, a mulher, uma cunhada, um primo e um tio. Apenas três familiares e a entrevistadora permaneceram sentados durante a referida entrevista.

A enfermeira deu início à entrevista perguntando ao grupo familiar se havia alguma dúvida quanto ao diagnóstico de morte encefálica. A família respondeu negativamente. A profissional, ainda assim, esclareceu a condição da morte

encefálica em que se encontrava o paciente, e em seguida abordou sobre a possibilidade da doação de órgãos. A irmã de Pedro logo se pronunciou afirmando ser contra a doação, inclusive porque ela era Testemunha de Jeová e sua religião não permitia a doação. A enfermeira argumentou, de maneira cuidadosa, que, pelo que lhe fora dado conhecer, nenhuma religião havia se posicionado contra a doação de órgãos. Ainda assim, a irmã permaneceu inflexível, informando que tanto ela quanto o paciente eram contrários à doação, e que era desejo dele retornar como chegou (SIC).

Na fala da irmã ficou evidente que ela estava falando sobre o desejo do paciente inscrito simbolicamente em vida. Na prática do profissional que realiza a entrevista, no início, costuma-se investigar se o paciente expressou em vida a doação, bem assim sua opinião sobre a doação de órgãos. No Estado da Bahia, é comum que, na maioria dos casos, os familiares não saibam sobre o desejo do paciente em vida, o que contribui, sobretudo, para a negativa familiar. Por este motivo, as campanhas publicitárias sobre o tema enfatizam a importância das pessoas revelarem em vida a sua decisão no que toca à doação. A falta de informação familiar acerca do desejo do paciente promove indecisão, sofrimento e conflitos familiares quando surge a possibilidade da doação. No entanto, o desejo do paciente em vida, na maioria dos casos, costuma ser tratado de maneira respeitosa pelos profissionais que conduzem a entrevista, segundo nossa prática. A negativa familiar nos leva a refletir sobre a castração, já que o entrevistador vai se deparar com o limite de suas argumentações em favor da doação.

No caso de Pedro, o que mais chamou a atenção não foi o fato da irmã ter colocado o desejo do paciente em vida, mas a maneira ríspida, defensiva e até um pouco agressiva quando colocava a sua opinião. Pudemos deduzir que prevaleceram latentes os sentimentos de raiva e revolta no seu discurso, o que é compreensível ante a perda de um ente querido, o que pode não ter sido percebido pela profissional que conduziu a entrevista. Também se observou que a irmã do paciente não foi convidada a um espaço mais reservado para falar sobre o que pudesse vir à tona e assim possibilitar uma escuta que trouxesse algum conforto.

Durante a entrevista, a profissional demonstrou calma, autocontrole e humanidade. Conduziu a entrevista com a segurança própria de quem conhece o processo de doação, no entanto, demonstrou desconhecer ou mesmo não saber lidar com alguns componentes subjetivos em jogo nessa situação. Por exemplo, a

companheira do paciente expressou uma dúvida significativa durante a entrevista, ao perguntar se o marido poderia ser levado para casa. Diante da dúvida apresentada, a enfermeira retomou a explicação sobre o tema da morte encefálica, com vistas a fazê-la ver que ele realmente estava morto. Vale lembrar que a profissional em referência não acompanhou a comunicação da morte encefálica dada pelo médico. Diante desse fato, surgem algumas indagações: durante a comunicação dada pelo médico aos familiares houve realmente um diálogo? Teria sido dado tempo suficiente à família para que ela pudesse formular perguntas? Não pudemos verificar se a família, no momento da entrevista, manifestou dúvidas quanto à situação de Pedro, no entanto, a companheira do paciente indagou como Pedro poderia estar morto e apresentar movimentos respiratórios. Também pediu para levá-lo para casa, conforme abordamos anteriormente. Diferentemente da irmã do paciente, apresentava dificuldades para compreender a morte encefálica como sendo a morte. Outra possibilidade ante essa posição é que a mulher, sob o impacto da morte do marido, tivesse uma reação de denegação, mecanismo de defesa comum em muitos casos.

Segundo Chemama (1995), a denegação é uma atitude psicológica que implica em rejeitar um pensamento enunciado pelo sujeito, prevalecendo a negativa. O que foi feito no momento em que ficou muito difícil para a mulher de Pedro escutar que ele apresentava morte encefálica, aceitar a morte real. Em nível inconsciente, ela estaria preferindo que essa ideia tivesse sido recalcada, daí porque, na sua fala, ainda apresentava dúvidas, apesar das explicações. Dessa maneira, se expressava como se ele estivesse vivo, e, talvez, ainda precisasse de um tempo maior para aceitar que o marido realmente havia morrido. Somente a partir desse momento é que ela, então, poderia ter condições de expressar seu parecer sobre a doação.

A profissional deu seguimento à condução da entrevista e esclareceu, especialmente para a mulher do paciente, a impossibilidade de melhoria do quadro clínico, de levá-lo ou mantê-lo em casa. Antes de dar a entrevista por encerrada, solicitou à família pensar sobre a possibilidade da doação de órgãos, assim se pronunciando: - *“Eu não posso interferir na opinião de vocês, mas nunca a gente morre quando deixa algo em alguém”* (SIC).

A partir dessa fala informou ainda à família que estaria na sala da Central de Órgãos, no andar superior, e propôs que, após tomarem a decisão a respeito da doação, a procurassem para informar.

Para concluir este caso, parece-nos importante destacar os sentimentos e o afeto expressos pelos membros da família de Pedro. Como mencionado anteriormente, a denegação da mulher sobre a morte de Pedro chamou a nossa atenção. Talvez ela tivesse tentando se proteger da angústia e da dor, diante do sentimento de perda. As expressões de raiva e revolta contidas no discurso da irmã não foram exploradas pela profissional durante a entrevista familiar para doação. É provável que tanto a irmã como a mulher precisasse de um espaço reservado para um trabalho de escuta que permitisse a expressão dos referidos sentimentos e do afeto.

Observamos também que, neste caso, a entrevista familiar para doação aconteceu na sala do Serviço Social, ambiente inadequado para a realização da mesma, uma vez que a sala não oferecia privacidade à família. Encontravam-se ali vários profissionais, circulando e falando de diversos assuntos, enquanto a entrevista familiar para doação estava sendo realizada.

Gómez e outros (2001, p. 58) referem que na entrevista familiar para doação de órgãos é fundamental oferecer à família conforto, acolhimento e ajuda emocional, pois é um momento delicado para quem acaba de perder um ente querido. Segundo os autores:

A principal missão das pessoas que realizam a entrevista deve ser dispensar ajuda e alívio emocional àqueles que acabam de sofrer a perda de um ente querido. Essa ajuda psicológica pode ser um importante elemento favorecedor de um adequado clima de confiança e compreensão que permitirá efetuar a doação de órgãos em um apropriado contexto emocional, aumentando a possibilidade de doação por parte dos familiares.

Neste caso 1, chamou a atenção o fato de existir uma fragmentação entre o comunicado do diagnóstico de morte encefálica realizado pelo médico plantonista da UTI e a realização da entrevista familiar para doação acontecida em outro momento pela profissional da Central. Cabe uma indagação: se a principal missão das pessoas que realizam a referida entrevista é dispensar ajuda emocional, por que a profissional não estava ao lado do médico que comunicou à família a ocorrência de morte encefálica? Seria fundamental o apoio desse profissional.

CASO 02

RESISTÊNCIA PROFISSIONAL E NEGATIVA FAMILIAR PARA DOAÇÃO

Acompanhamos o caso de um rapaz de 20 anos que, em companhia dos pais e do irmão gêmeo, residia na região metropolitana de Salvador. Ele foi mais uma vítima de um acidente moto-ciclístico e encontrava-se com suspeita de morte encefálica. Duas enfermeiras foram até a Unidade de Tratamento Intensivo, local onde o paciente estava internado, e se dirigiram à médica intensivista. As três profissionais conversaram sobre o quadro do paciente e dos exames que foram realizados durante o protocolo de morte encefálica, inclusive do último, o eletroencefalograma, o qual tinha dado resultado isoelétrico, qual seja, não havia apresentado atividade cerebral, mas o laudo ainda não estava pronto. Como o exame revelou que o paciente estava em morte encefálica, a família precisava ser informada tão logo o laudo chegasse à unidade.

Durante o diálogo ocorrido entre as profissionais, a médica intensivista revelou que em sua prática ela ainda não havia tido a experiência de comunicar à família o diagnóstico de morte encefálica. E apresentou algumas dúvidas, demonstrando não ter um bom nível de conhecimento sobre o tema da doação de órgãos. Uma das duas profissionais da Central orientou-a, inclusive sugeriu a maneira como ela deveria proceder quando da comunicação devida à família. A médica ficou atenta às orientações e ficou combinado entre elas que, tão logo o laudo chegasse à Central, a profissional plantonista da Central o levaria para mostrar à médica, e somente depois colocaria no prontuário do paciente.

Nesse ínterim, percebeu-se que havia uma pessoa junto ao leito do paciente. Segundo uma enfermeira da equipe da UTI, era a tia do paciente em visita ao sobrinho, o que ocorria pelo menos uma vez ao dia. Na referida unidade a visita familiar acontece nos turnos da manhã e da tarde. Uma das profissionais aproximou-se do leito enquanto a outra continuou dialogando com colegas da UTI. A tia do paciente e a profissional conversaram sobre a gravidade do caso, ocasião em que indagou se o sobrinho já estava morto. A profissional disse que ainda não tinha a confirmação, mas estava aguardando o laudo do exame, do eletroencefalograma,

que não havia chegado. A tia parecia ansiosa ante a expectativa do exame, do quadro crítico do sobrinho. Pensamos que essa indagação poderia ser tomada como demanda; a tia poderia ter sido convidada pela profissional para falar em um espaço que não fosse à beira do leito.

A tia, ainda junto ao leito, contou à profissional que os pais do paciente encontravam-se na portaria do hospital. Disse também que a mãe não tinha tido coragem de visitar o filho. Após as referidas colocações, a profissional dirigiu-se à colega que estivera em sua companhia e conversaram sobre o caso, após o que decidiram ir juntas até a recepção do hospital, com a intenção de conseguir uma autorização para que os pais pudessem entrar juntos na UTI. No referido hospital, durante a visita aos pacientes da UTI, somente é permitida a entrada de um familiar a cada vez. As duas profissionais conseguiram expor a gravidade do caso na recepção e desta forma foi autorizada a visita concomitante dos pais.

A partir daquele momento, apenas a profissional que não conversara com a tia continuou conduzindo o caso. Dessa maneira, os pais foram acompanhados pela referida profissional até a UTI; chegando à unidade, dirigiram-se juntos ao local onde se encontrava o filho e ali permaneceram durante algum tempo, olhando-o. A certa distância, observávamos o grupo familiar. A mãe nos parecia apreensiva, tomada por inquietude, o que transparecia em seu olhar vago para tudo em sua volta, para em seguida retornar ao filho. A profissional que, após a comunicação médica do diagnóstico de morte encefálica, fazia a entrevista da doação, optou por não se aproximar dos pais. Sobre essa escolha cabe uma indagação: qual sentimento teria mobilizado a referida profissional para que ela fizesse tal escolha?

Os profissionais que realizam a entrevista para doação podem aproximar-se das famílias antes do momento da comunicação da morte encefálica, ainda durante o protocolo de morte encefálica, porém alguns profissionais dizem preferir aproximar-se da família somente no momento da entrevista para doação. E justificam que a família pode considerar que eles só se aproximaram por causa da doação, e criariam uma resistência maior. Acreditamos que, caso a mãe tivesse tido a oportunidade de falar sobre seus impasses subjetivos, talvez assim ela tivesse podido expressar alguns sentimentos, tais como: medo, apreensão, culpa, e a angústia como o afeto, diante da possibilidade de morte do filho. Nesse momento da visita, desde a beira do leito, teria sido importante que a profissional tivesse acompanhado os pais, porém isso não ocorreu.

Ressalta-se que, durante o percurso entre a recepção de entrada do hospital e a UTI, a profissional não conversou com os pais do paciente, e não se apresentou aos familiares como a profissional que estava acompanhando a evolução do caso. Essa conversa poderia ter iniciado o estabelecimento de um vínculo ou mesmo dado continuidade a esse vínculo, caso outro profissional da Central já o tivesse estabelecido. Tal vínculo poderia favorecer a expressão de sentimentos, emoções, afeto e até dos impasses subjetivos que pudessem estar impedindo o acompanhamento do quadro do filho. Consideramos que a transferência, além de favorecer a expressão dos impasses subjetivos, poderia também contribuir para a decisão familiar sobre a doação de órgãos e tecidos de forma menos impactada.

Quando adentramos na unidade, a profissional voltou a conversar com a médica intensivista, oportunidade em que sugeriu como a mesma deveria comunicar a morte encefálica para os pais do paciente. No momento, sinalizamos para que a profissional acompanhasse a médica durante a comunicação da morte encefálica para os pais. A profissional não considerou tal sugestão e permaneceu a uma regular distância, apenas observando a situação. Logo depois ela falou que preferia não participar do momento porque considerava ser melhor: - [...] *entrar somente depois quando a médica já tiver informado sobre a morte encefálica.* (SIC).

A colocação referida acima nos provoca indagações acerca da escolha feita pela profissional. Que motivo teria ela para não acompanhar um momento tão delicado para a família, a comunicação da morte, que logo em seguida seria importante para a tomada de decisão sobre a doação?

Neste caso específico, indagamos se a escolha da referida profissional em não estar muito próxima dos familiares nesse momento tão delicado, se tal escolha envolvia conteúdos inconscientes que pudessem ter lhe afetado. Pensamos sobre o impasse subjetivo, se este poderia ter contribuído para que a profissional fizesse tal escolha. Sobre a referida situação relacionada a postura da médica intensivista, pensamos que ela demonstrou que não apresentava condições favoráveis de conhecimento sobre a temática para referir com segurança sobre morte encefálica e em seguida abordar a possibilidade da doação de órgãos. Talvez não estivesse capacitada no tema, ou, ainda, não tivesse em sua experiência profissional atendido a tais casos.

O estudo de Alair Schein, Roberto Carvalho, Taís Rocha, Renata Guedes, Laura Moschetti, João Salvia e Pedro Salvia (2008, p. 144-148) referem ao conhecimento dos intensivistas sobre a morte encefálica ao afirmar:

O conceito de morte encefálica parece estar bem estabelecido na maior parte dos países do mundo, com algumas variações nos protocolos diagnósticos. Apesar dessa ampla aceitação do conceito, ainda parece haver dúvidas entre muitos profissionais de saúde. A maior parte dos casos de morte encefálica ocorrem nas unidades de terapia intensiva (UTI) revelando o fundamental papel do médico intensivista no diagnóstico adequado. O atraso ou falha nessa etapa resulta em custos inapropriados, ocupação de um leito de UTI, aumento do sofrimento familiar e não oferta de órgãos para transplantes.

Diante da insegurança inicialmente apresentada pela médica a respeito de morte encefálica, bem como do tema doação de órgãos, reinteramos ser fundamental a presença da profissional nas comunicações.

Em algumas situações, é comum que a profissional que conduz a entrevista familiar para doação escolha ficar junto com o médico no momento da comunicação da morte encefálica. Além de observar as reações familiares ante o comunicado de morte, a profissional pode ajudar a esclarecer possíveis dúvidas quanto ao processo, além de possibilitar o estabelecimento de uma “ponte”, um elo, entre o comunicado da morte encefálica e o tema da doação de órgãos. Com a participação, tem também a possibilidade de saber sobre as manifestações afetivas e as emoções, além da posição subjetiva dos pais sobre a doação de órgãos.

Como foi mencionado anteriormente, nos chama a atenção a postura da profissional responsável por realizar a entrevista familiar para doação. Ela escolheu não estar junto da médica intensivista no momento da comunicação da morte encefálica, como também optou por não conversar com os pais do paciente antes dos mesmos entrarem na UTI. Referidas escolhas nos fizeram refletir sobre a dificuldade da profissional para trabalhar com família, ou com o caso em si. Teria sido tocada pela angústia e por este motivo sequer conseguiu falar sobre a escolha? De maneira consciente, ela explicou que a médica não demonstrou abertura para que pudesse acompanhar a notícia da morte encefálica, o que sugere timidez ou insegurança em assumir a função que lhe competia. Sobre este aspecto, discordamos dos motivos por ela apresentados, pois a médica, desde o início, pediu orientações para o referido caso. A psicanálise nos ensina que as escolhas não são

feitas ao acaso, como também não o são as tentativas de explicação, e que, dessa maneira, estamos submetidos a impasses subjetivos. Um exemplo contido nos processos inconscientes relacionados a impasse é a resistência que opera como um mecanismo de defesa do ego.

Freud (1926), no final do seu trabalho intitulado “Inibições, Sintoma e Angústia”, define cinco formas de resistência, que, no entanto, não nos cabe aqui apresentar, tendo em vista a temática por nós abordada. O que vale ressaltar é que a resistência é um mecanismo de defesa. Laplanche e Pontalis (1992, p. 458) a definem da seguinte maneira:

Chama-se de resistência a tudo que nos atos e palavras do analisando [...] se opõe ao acesso deste ao seu inconsciente. Por extensão, Freud falou de resistência à psicanálise para designar uma atitude de oposição às suas descobertas na medida em que elas revelavam os desejos inconscientes e infligiam ao homem um “vexame psicológico”. (grifos do autor).

De acordo com Chemama (1995, p. 192), resistência é “Tudo aquilo que impede o trabalho do tratamento, tudo aquilo que entrava o acesso do sujeito à sua determinação inconsciente”.

Dando continuidade ao caso, a médica conversou com os pais do paciente no espaço da UTI, oportunidade em que todos os três envolvidos estavam em pé, próximos ao balcão da unidade, sendo possível ver, desse local, o paciente no leito. Quando ela concluiu o boletim médico contendo a notícia da morte encefálica, e diante da possibilidade da doação, dirigiu-se à profissional responsável pela entrevista para relatar o diálogo. Faz-se notar que a profissional não teve acesso às questões subjetivas apresentadas pelos pais, não criou vínculo nem se deu a oportunidade de identificar os sentimentos ou mesmo as manifestações afetivas que prevaleceram naquele momento, como também não ajudou a esclarecer os pais acerca da morte encefálica e a possibilidade da doação.

É fundamental destacar ainda a colocação dos pais no final da conversa com a médica. Segundo a mesma: - [...] *Eles disseram que queriam ir embora para pensar até o dia seguinte para ver se ele [o filho] melhorava.* (SIC).

Diante dessa fala, ficou evidente que os pais deixaram a UTI sem a compreensão do que significava morte encefálica. O que é lamentável, no caso, é que os pais sequer foram acolhidos e escutados pela profissional responsável por

conduzir a entrevista familiar para doação. Caso os pais tivessem sido acolhidos e escutados, talvez assim pudessem ir mais além do instante de ver e prosseguir na direção do tempo de compreender a morte, o que poderia contribuir favoravelmente no momento de concluir a morte real e, a partir daí, assimilar o viés da doação de órgãos.

No período da tarde, voltamos à UTI e encontramos o coordenador do programa de transplantes. Ele conversou com a profissional da Central e também com a médica intensivista sobre o caso. Durante a conversa, percebemos haver um rapaz junto ao leito do paciente; o coordenador dirigiu-se a ele. Segundo uma profissional da UTI, era o irmão gêmeo do paciente. Foi-lhe explicado, de maneira cuidadosa, o que se referia à morte encefálica e o médico lhe solicitou que chamasse os pais para que também pudesse com eles conversar sobre o quadro do paciente. O irmão informou então que os pais já tinham retornado para casa após o término da visita no turno da manhã. Ou seja, era como dizer que a oportunidade de conversar com os pais e esclarecer possíveis dúvidas sobre o caso já tinha passado.

Para concluir, no dia seguinte, quando ligamos para o hospital, fomos informadas que os pais compareceram bem cedo ao hospital e foram entrevistados por outro plantonista, sendo-lhes indagado da possibilidade da doação de órgãos e tecidos. Este foi mais um caso que entrou na estatística como negativa familiar para doação de órgãos e tecidos para transplantes.

CASO 3

FALTA DE INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL QUE SE REPETE NO PROCESSO DE DOAÇÃO

Luiz, vítima de acidente de moto ciclístico, tinha 31 anos, era casado e residia em Salvador. No momento do acidente estava acompanhado por Mara, sua mulher. Ambos foram levados para o hospital; ela sofreu uma fratura na bacia e logo foi encaminhada para casa, sob orientações médicas de que não deveria locomover-se, motivo pelo qual ela esteve impedida de visitar o marido durante os cinco dias em que esteve hospitalizado. Durante esse tempo, houve a abertura e o fechamento do protocolo de morte encefálica de Luiz. Os dois irmãos do paciente o acompanharam durante os dias em que ele permaneceu no hospital. O mais novo dos irmãos identificaremos por Ronaldo, ele é jogador de futebol; o mais velho deles é Milton.

Luiz estava internado na UTI. No prontuário constava o registro do Serviço Social com a informação de que o paciente era casado e trabalhava como guardador de carros. De acordo com o registro do setor de psicologia, a mulher do paciente encontrava-se deprimida. Ela teria dito que preferia deixar de viver caso o marido viesse a falecer.

Observamos que durante a visita familiar na UTI, no turno da manhã, havia um familiar na beira do leito, era Ronaldo, o irmão caçula de Luiz. Ele demonstrava estar mobilizado com o quadro do irmão. A psicóloga chegou à UTI e lhe informamos que havia sido fechado o protocolo de morte encefálica do paciente. Perguntamos se ela havia acompanhado a família nos dias anteriores, ao que respondeu com um não. Entretanto, nos informou que Ronaldo foi atendido no dia anterior por uma colega. Devido à evidente mobilização de Ronaldo, solicitamos à psicóloga que o acompanhasse porque a enfermeira e o médico estariam comunicando o referido diagnóstico ainda naquele dia. A psicóloga não atendeu ao pedido, antes prosseguiu seu trabalho na UTI, continuou com a tarefa de atender outros familiares na beira do leito e depois se ausentou da unidade.

Nesse íterim, a enfermeira da Central e a assistente social trocaram palavras sobre o caso, sobre as estratégias que seriam utilizadas para conversar com a família, de maneira cuidadosa, a respeito do diagnóstico de morte encefálica. Após esse diálogo, a enfermeira se dirigiu à beira do leito do paciente e informou a Ronaldo a gravidade do quadro, que o protocolo de morte encefálica tinha sido concluído. Antes mesmo que ela prosseguisse com a informação, Ronaldo começou a chorar. A assistente social aproximou-se do leito para ajudar a enfermeira. Elas aguardaram um pouco e lhe indagaram sobre a mulher do paciente. Ronaldo respondeu que ela ainda se encontrava sem andar, por recomendações médicas, até recuperar-se da fratura na bacia. As profissionais perguntaram se haveria possibilidade dela comparecer durante o período regular de visita no turno da tarde. Embora Ronaldo parecesse apreensivo com a notícia que iriam receber, não fez questionamentos e informou que iria ligar para Milton, seu irmão mais velho, e solicitar a presença dele e de Mara, a mulher do paciente, para a visita no turno da tarde.

A enfermeira da Central dirigiu-se ao médico intensivista e conversou com ele sobre o caso. Perguntou se o médico poderia conversar mais cedo com a família, se poderia antecipar o boletim médico em função da comunicação da morte encefálica. Como a resposta foi positiva, a enfermeira da Central perguntou se ele poderia conversar com a família em uma sala mais reservada, ao que ele também foi favorável. Ela então se dirigiu a uma enfermeira plantonista da UTI e lhe perguntou se a mesma emprestaria a sala da enfermagem para a realização da entrevista familiar para doação. A enfermeira autorizou o empréstimo solicitado, e, dessa maneira, ficou combinado que a enfermeira da Central voltaria no momento da visita, tanto para acompanhar a comunicação da morte encefálica, que seria realizada pelo intensivista, como para conduzir a entrevista familiar para doação.

A enfermeira da Central, ao ausentar-se da UTI, deparou-se com Ronaldo, que se encontrava parado no corredor, em frente à sala da UTI 2; parecia mobilizado, acabara de ligar para Milton, seu irmão mais velho, para falar sobre a necessidade do comparecimento dele no turno da tarde. Parece que Ronaldo tinha a ideia muito clara de que seu irmão já havia falecido. Na compreensão da profissional, Ronaldo precisava de atendimento psicológico. Apesar da sala do Serviço de Psicologia localizar-se praticamente ao lado da referida UTI, a profissional não propôs acompanhamento.

A enfermeira aproximou-se de Ronaldo e perguntou se ele precisava de algo, se havia compreendido as informações que lhe foram passadas na UTI. Ele, após o que lhe fora questionado, informou que era o irmão caçula e que gostava muito de Luiz, disse ainda que era jogador de futebol e havia desistido de uma proposta para jogar em um time do Sul do país porque achava que o irmão precisaria dele para recuperar-se. Ronaldo demonstrou estar muito sofrido com a situação, referiu que já tinha falado com Milton e que retornaria à tarde, junto com os familiares.

No horário da visita familiar, no período da tarde, nos dirigimos à UTII. Ao chegarmos lá, observamos que a esposa do paciente estava sentada em uma cadeira de rodas e sua irmã estava em pé na beira do leito. A enfermeira aproximou-se da família e encontrou a mulher do paciente chorando, com aparência de muita tristeza e expressão de sofrimento diante da condição de Luiz. Ela relatou que após o acidente essa era a primeira vez que via o marido. Sobre o acidente, relatou que eles caíram da moto porque um carro saiu de uma rua de forma inesperada, que o capacete dele não estava amarrado e que Luiz, quando caiu da moto, bateu a cabeça com muita força no meio fio. A enfermeira permaneceu ali junto da família, escutando e buscando esclarecer o quadro na medida em que aconteciam as explicações. Mara chorava muito na beira do leito e às vezes demonstrava um grande descontrole emocional, a irmã sempre buscando acalmá-la. Em certo momento ela indagou se ele poderia ser retirado dos aparelhos e levado para casa; logo em seguida demonstrava ter entendimento sobre a gravidade do quadro e a possibilidade da morte.

Em outros casos, já tecemos comentários sobre a denegação. Acreditamos que seria uma reação esperada o fato de Mara apresentar esse movimento de oscilação e dúvida entre a realidade da morte e o desejo de que o paciente ainda estivesse com vida. Afinal, ela estava muito abalada, consideramos a partir do tempo lógico da psicanálise referenciado no capítulo três, que ela encontrava-se diante do instante de ver ou de olhar a possibilidade da morte do marido. Pensamos que somente a partir desse movimento seria possível para Mara prosseguir para um tempo de compreender. Na beira do leito, ela também mencionou as dificuldades familiares quanto ao relacionamento com a sogra e foi escutada. Ficou claro que Mara apresentava demanda para trabalhar questões subjetivas, como também para a expressão de sentimentos, emoções e do afeto, ou melhor, da angústia.

Durante a entrevista da pesquisa, a enfermeira falou da percepção dela sobre Mara na beira do leito:

No leito tava ela e a irmã, parece, inclusive, que quando a gente começou a falar a irmã dela começou a chorar, antes mesmo, e ela às vezes oscilava em entender e não entender ou até parecia que a pessoa finge não entender, né?

Sabemos que não se trata de fingimento, mas de um processo de defesa do ego. Essa oscilação é uma forma de preparar-se para uma realidade difícil de suportar. A partir dessa colocação, durante a entrevista da pesquisa, indaguei à profissional a respeito do “fingimento”, então ela explicou:

Não, não é fingir de querer fingir, de querer não entender, não, pela própria, não, de não aceitar a situação de que você passa e às vezes não demonstra, que às vezes ela falava ele tá morto, ele não vai voltar, e ao mesmo tempo ela falava que dia ele vai pra casa? E então acho que ela oscilava nisso, não é nem fingir, é não aceitar, não sei nem a palavra, me fugiu.

Pela colocação da enfermeira, estava claro que a profissional identificou a negação de Mara, embora não tenha nomeado o mecanismo de defesa utilizado por Mara quando estava sendo comunicada da gravidade do quadro e da possibilidade de morte de seu marido, mas na sua explicação ficou nítido que ela reconheceu algo diferente ali. Os dois irmãos de Luiz também estavam presentes na UTI. A família permaneceu fazendo um revezamento na beira do leito, durante uns cinquenta minutos. Nesse ínterim, a enfermeira foi conversando com todos, enquanto aguardava a disponibilidade do médico que estava finalizando um procedimento com outro paciente.

Quando o médico deu por encerrado o que fazia, a enfermeira conduziu os familiares para a sala da enfermagem na própria unidade, conforme havia sido combinado anteriormente. Na sala todos foram acomodados, ficaram sentados os dois irmãos, a mulher e a cunhada do paciente e também os profissionais. O médico iniciou a conversa falando da gravidade do acidente, da abertura do protocolo de morte encefálica, dos exames realizados e, finalmente, da confirmação da morte encefálica. Explicou que o paciente estava morto. A mulher do paciente estava sentada ao lado da irmã e começou a chorar; em seguida perguntou ao médico se

era isso mesmo, se ele estava morto. O médico foi cuidadoso e novamente deu os esclarecimentos, e abordou em seguida o tema da doação. A enfermeira foi ajudando a esclarecer as questões que surgiam. O médico, depois de colocar-se disponível para esclarecer possíveis dúvidas, pediu licença e retirou-se da sala informando da necessidade de ver outros pacientes. Milton, o irmão mais velho, posicionou-se a favor da doação. Ronaldo, o mais novo, também concordou. Mara perguntou se poderia saber para quem iriam os órgãos, porque gostaria de conhecer as pessoas. A enfermeira disse da impossibilidade de conhecer as pessoas que receberiam os órgãos, todavia afirmou que seria viável o conhecimento depois da doação, isto é, sobre o destino dos órgãos, os que permaneceram em nosso Estado e quais órgãos seriam encaminhados para outros Estados. A enfermeira, após responder a diversas perguntas da família, disse que gostaria de deixá-los à vontade para que pudessem conversar livremente. A família seguiu a orientação da enfermeira e permaneceu conversando para chegar a uma definição relativa à doação; depois de alguns minutos chamaram a profissional e comunicaram a decisão de doar.

Na entrevista da pesquisa, a enfermeira fez referência ao espaço dado à família no momento da decisão:

Eu achei que a família, que os irmãos dele tavam já preparados, já tinham lido alguma coisa sobre, porque na mesma hora que eu falei falaram que queriam, mas que eles queriam a resposta da esposa. Então, foi aí que nós demos um tempo pra que eles pudessem pensar e conversar entre eles: o que é que eles achavam, sem que a gente tivesse próximo, que às vezes, quando a gente tá próximo, constrange, né? Quando a gente sai, eu acho que deixa mais à vontade pra decidirem, e quando a gente voltou, quando eles na verdade disseram que já tinham acabado, que a gente não voltou, esperou, todos tinham a mesma posição que queriam fazer a doação.

Na entrevista da pesquisa concedida pelo irmão mais velho, Milton, ele descreve seus sentimentos quando soube que fora emitido o diagnóstico de morte encefálica:

Uma sensação de angústia, que do jeito que ele teve eu acho que poderia ter sido mais ágil, sei lá, é conhecido o hospital, sei lá, poderia ter dado mais atenção. E uma coisa que você tem, traumatismo, a prioridade é assistência, então quando eu recebi aquela notícia eu fiquei, disse, poxa, não pode ser. Um hospital de grande porte tem vários médicos bons e eu pensei assim de [ficou pensando] eu nem sei como dizer, pensei dele ter

mais uma chance, mas eu recebi a notícia já era tarde, eu tinha que me confortar, tinha que encaminhar todos os processos ali.

Na fala de Milton, chama-nos atenção o fato dele mencionar logo no início *uma sensação de angústia*. É interessante observar que ele não tenha conseguido descrever de maneira clara os sentimentos que prevaleceram nele, parece que algo lhe escapou. Teria sido algo da ordem do afeto? Na tentativa de encontrar uma resposta (ou evitá-la), ele segue por outro caminho, vai buscar uma explicação no atendimento que o irmão poderia ter recebido.

Sobre o afeto e o sentimento, Vieira (2001, p. 232) faz importantes considerações:

Entre afeto e sentimento também há importantes distinções a fazer. O sentimento aproxima-se do afeto na medida em que é, também, uma espécie de solda, de fixação do lastro do sentido. Ele solda, entretanto, o sujeito a um discurso, enquanto o afeto é signo de sua consolidação em um corpo. Isso não significa que o sentimento deva ser tomado de maneira desconectada do corpo. Trata-se, em vez disso, em vez disso, de concebê-lo a partir de um vetor orientado em direção ao discurso, enquanto, no caso do afeto, trata-se de um vetor direcionado ao corpo. O sentimento se relaciona com o jogo de oposições significantes e com as nomeações que a fala permite. Ele é o vivido das palavras de um discurso, na medida em que este é subjetivado, que ele é experimentado e assimilado como pessoal e íntimo.

Nas palavras do irmão, são expressos os sentimentos quando a profissional abordou a possibilidade da doação de órgãos:

Eu fiquei um pouco calado porque é a esposa dele que tinha que decidir, mas eu fiquei um pouco calado, depois conversamos, meu irmão, a irmã dela disse e aí, Mara, os outros órgãos dele estão funcionando. O cérebro que teve a morte cerebral e aí o que você pode fazer? Aí ela disse, aí ficou naquele doa ou não doa, aí ficou todo mundo achando que a morte dele veio com medo que alguém [a equipe] queria doar o órgão dele, aí eu disse não, Mara, você sabe que isso acontece e quando se tem uma morte cerebral geralmente os órgãos que tiverem vida têm que doar. Agora, também a gente nunca tinha feito doação, então é a primeira vez na vida da gente, da minha família, mesmo fazendo doação, e então falei com ela, confortei ela, e aí entramos em um consenso que fez por bem doar os órgãos dele, porque além do mais ela queria saber se tinha alguém que ela poderá ver, visitar pra ela se lembrar dele, sempre, né, mas aí, a gente confortou e tentou resolver pra doar.

A profissional falou a percepção dela quanto ao enfrentamento de dificuldades pela família para a tomada de decisão:

Não, não acho não, acho que eles entenderam o quadro bem, acho que é o mais importante, entenderam realmente que ele tava morto e depois pra doar foi mais fácil que eles aceitaram muito fácil a doação. Assim, a principal dúvida era a da esposa, mas acho que os irmãos, conversando entre eles, em particular, devem ter mostrado a ela que era melhor doar já que não tinha mais o que fazer.

Após a comunicação da família sobre a doação, a profissional informou que iria à sala da Central buscar os formulários para que os familiares pudessem assinar a autorização necessária à doação. Entretanto, sugerimos que talvez fosse melhor conduzir os familiares até a sala da Central. Referida sugestão aconteceu a partir da nossa observação, de que durante a entrevista familiar para doação, duas enfermeiras da unidade a interromperam por duas vezes. Elas entraram e mexeram nos armários, e que, além de interromper, demonstraram certo incômodo pelo fato de haver pessoas usando a sala. À saída, bateram a porta com força.

Quando a enfermeira da Central foi saindo da UTI, junto com os familiares, ela foi chamada pela enfermeira chefe da unidade, que pediu explicações pelo fato da enfermeira da Central ter usado a sala da enfermagem para a entrevista familiar para doação. Enquanto a enfermeira tentava dar explicações ao que lhe fora apresentado como questão a ser solucionada, decidimos conduzir os familiares para a sala da Central, no andar superior. No percurso entre a UTI e a Central, encontramos de passagem a psicóloga que esteve na UTI no período da manhã. Ela prosseguiu em direção ao Serviço de Psicologia e nos olhou com certo estranhamento.

Os familiares chegaram à Central e foram acomodados enquanto aguardavam a chegada da enfermeira da Central. Ela ainda estava na UTI conversando com a coordenadora da unidade. Nesse ínterim, Mara sentou-se em um espaço mais reservado. Na escuta que lhe foi disponibilizada, lembrou situações vivenciadas com o marido e, apesar do curto espaço de tempo, Mara dava sinais de que começava a encontrar outras formas de lidar com o trágico dessa história. Pensamos que seria importante para ela um suporte que o levasse a percorrer novos caminhos até o trabalho de elaboração do luto.

Depois de algum tempo, a enfermeira que se encontrava na UTI conversando com a chefe da UTI chegou à Central e nos contou, de forma discreta, que algumas enfermeiras da unidade criaram uma grande polêmica por causa da ocupação da sala para a entrevista. A profissional da Central mostrou-se mobilizada com a postura das colegas da UTI, porém conduziu o seu trabalho até o fim sem permitir que a família percebesse o que havia ocorrido.

Destacamos algumas posturas, emoções e manifestações afetivas que nos chamaram a atenção durante o caso. Inicialmente, a mobilização do irmão, o choro de comoção na beira do leito; o sofrimento de Mara quando se deparou com o quadro do marido; a indignação e o autocontrole da enfermeira diante da atitude da enfermeira chefe da UTI; o equilíbrio e a determinação dos irmãos diante da escolha pela doação; a mudança subjetiva de Mara no curto espaço de tempo. Ela chegou demonstrando muito sofrimento diante da possibilidade de morte do marido, inclusive apresentou certo nível de desorganização a princípio. Entretanto foi acolhida pela enfermeira e a assistente social ainda no momento de choque inicial, até o encerramento do processo. Durante a entrevista para doação, Mara teve condições de colocar suas dúvidas, que foram acolhidas e respondidas pelo médico e enfermeira. A partir disso, possivelmente ela pode entrar em um momento de compreender melhor a situação. No final do processo, Mara pode nomear seus sentimentos e consentir a doação conforme desejava os irmãos. Vieira (2001, p. 233) diz sobre o sentimento: “Seu nome já diz, ele é da família da sensação e da sensibilidade, do senso, do sentido e, como tal, ele é sentido subjetivado. Seu valor só se instaura a partir do jogo significativo pelo qual ele é constituído”.

Sobre os sentimentos da família que foram percebidos pela enfermeira durante o processo:

Eu acho que, deixe eu pensar , eu não sei, acho que parecia que eles tinham um atrito familiar, que estavam unidos apesar da sogra, a mãe do paciente ter um atrito com a nora, os irmãos tavam unidos, o que ajudou muito na hora da decisão, eles tinham uma união ali no momento de dor, se mostraram que tavam unidos. É porque tinha um irmão que tinha abdicado até de uma proposta de trabalho boa e tava ali pra ajudar, ela tinha ali a irmã dela que tava ajudando, acho que foi união, acho que foi uma boa união e conhecimento, eles tinham o conhecimento do que tava acontecendo, não eram pessoas totalmente ignorantes, apesar de ser um tema difícil, eles tinham um conhecimento que ajudou muito, foi a união deles, ajudou muito no trabalho.

A enfermeira fala sobre os próprios sentimentos, os mais presentes nesse processo:

O que mais eu tive é preocupação, primeiro que era um paciente que eu não tinha contato, eu soube, no dia, dele, no meu plantão, e pra você falar com a família é algo difícil. Fica naquela expectativa de saber até quanto a família sabe, se eles têm conhecimento, se foram bem esclarecidos, se eles entenderam realmente. Eu vi que realmente eles tinham um bom entendimento, que foi apesar de a gente ter explicado duas vezes, mas eles entenderam o que tava acontecendo. Se é a preocupação inicial, depois você sente a tristeza por dizer pra alguém que morreu e depois eu me sinto feliz por eles fazerem a doação, apesar de eles verem que morreu, perdeu uma pessoa e eles ajudaram outras que poderiam morrer se eles não ajudassem. Me sinto feliz por causa da doação.

O irmão que concedeu a entrevista afirma que já detinha algum conhecimento sobre doação de órgãos:

Já, já, que eu vejo passar, eu vejo várias notícias em televisões, todo esse negócio, então eu sempre acompanhei a doação de órgãos. A minha família é muito assim, pacata, não gosta dessas coisas, entendeu? Porque acha que você doando órgão, acha que tá, sei lá, alguém vai tirar sua vida antes de a pessoa ter chance de sobreviver, então minha família é assim desse jeito, muito antiga e aí ela, eu já sabia como era que era os procedimentos, agora não, é, tem os protocolos, tudo que você tem que assinar, entendeu? Passa por uma avaliação primeiro para depois ceder à doação de órgãos.

Ao final desse caso, propomos algumas reflexões. Os familiares, durante o processo, não perceberam que a profissional enfrentou dificuldades com alguns membros da equipe da UTI. Consideramos esse aspecto positivo, tanto para os familiares como para os profissionais. Caso os familiares percebessem essa falta de integração entre as equipes, isso poderia ser um ponto negativo para o processo.

Sobre a postura da psicóloga de não acompanhar o caso, surgiram algumas indagações durante o diálogo com a enfermeira da Central. Quais sentimentos ou mesmo os afetos que teriam mobilizado a profissional para que ela tivesse mantido a postura de não acompanhar o caso? Sobre a referida questão, não temos como responder. Algumas profissionais da Central nos disseram que em muitos casos de morte encefálica a psicologia, apesar de estar presente durante todos os dias na emergência e nas UTI's, nem sempre acompanha o paciente durante o protocolo de morte encefálica, como também na entrevista familiar para doação. Seria interessante se houvesse uma parceria mais oficializada entre o Serviço de

Psicologia e a equipe da Central de Órgãos. A partir do referido caso compreendemos que a equipe responsável pela condução do processo de doação não tem como uma rotina solicitar que o Serviço de Psicologia acompanhe todos os casos de suspeita de morte encefálica. Parece que a psicologia é convidada a participar somente nos casos mais complicados. Compreendemos que seria relevante o referido acompanhamento.

Em relação à situação criada pelo uso da sala, acreditamos que a enfermeira chefe da UTI poderia ter escolhido outro momento para conversar com a enfermeira da Central. Ainda assim, mesmo abalada com o que havia ocorrido na UTI, a enfermeira da Central finalizou o processo com os familiares de maneira muito cuidadosa, competente e ética.

CASO 4

QUANDO A DOR DE PERDER UM FILHO DÓI NO FUNDO DO CORAÇÃO

Ligamos para o hospital e fomos informados que havia um protocolo de morte encefálica aberto aguardando o último exame que seria realizado pelo médico neurologista ainda naquele dia. Tratava-se do caso de um paciente de vinte e nove anos que sofreu traumatismo crânio encefálico em consequência de atropelamento. Segundo informações dos familiares, o paciente estava de bicicleta, voltando do trabalho, quando foi atropelado por um veículo em alta velocidade, nas proximidades de sua casa. O paciente foi socorrido imediatamente. Depois de hospitalizado, recebeu o diagnóstico de traumatismo crânio encefálico (TCE); A seguir houve a suspeita de morte encefálica (ME), então foi aberto o protocolo de investigação da ME. Durante os dias que o protocolo estava sendo realizado, o paciente foi acompanhado pelo tio. A mãe do paciente sofreu um infarto quando recebeu a notícia do acidente do filho. Acompanhamos esse caso, especificamente no momento da entrevista familiar para doação que foi realizada na sala do Serviço Social próxima da emergência, após o que foi aberto o protocolo de morte encefálica. Depois do fechamento do protocolo, acompanhamos a profissional que realizaria a entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos até a sala do Serviço Social, próxima da emergência.

Antes de entrarmos na sala do Serviço Social, a enfermeira e a psicóloga da emergência se encontraram no corredor, próximo da porta de entrada da referida sala. Na conversa sobre o caso, a psicóloga disse que já vinha acompanhando o caso desde o plantão anterior, e relatou que a mãe do paciente, a quem denominaremos de D. Dolores, sofreu um enfarto agudo do miocárdio quando soube do atropelamento do filho. D. Dolores encontrava-se hospitalizada até o dia anterior em decorrência do enfarto sofrido, mas, porque desejava muito ver o filho, foi conduzida pelo irmão até o hospital onde se dera o internamento dele.

O irmão de D. Dolores, tio do paciente, acompanhou a evolução do quadro durante o período em que o sobrinho esteve internado, inclusive acompanhou a

realização dos exames que compõem o protocolo de morte encefálica. Segundo a psicóloga, até aquele momento D. Dolores ainda não havia sido comunicada sobre a real gravidade do quadro do filho e nem da suspeita de morte encefálica. Estes fatos tornavam a situação ainda mais delicada. Talvez seu irmão, tio do paciente, tivesse deixado para dar a notícia da morte do sobrinho quando ela estivesse no hospital, por sentir-se mais seguro.

Quando as duas profissionais entraram juntas na sala do Serviço Social, encontraram D. Dolores sentada, acompanhada do irmão, de uma cunhada e do vizinho que esteve acompanhando a evolução do caso. Ela era uma mulher de aparência frágil, muito magra, estava abatida e sua aparência de fragilidade surgia realçada pelo profundo sofrimento que ela estava vivendo. Todos ali aguardavam a profissional que conversaria com eles sobre os procedimentos a serem realizados após a constatação da morte encefálica. Neste caso, o comunicado da morte encefálica aconteceu, primeiro, no horário do boletim médico, através do médico da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). A profissional que conduziria a entrevista familiar para doação não participou desse comunicado, que foi feito ao tio e ao amigo da família, na UTI.

A enfermeira iniciou a entrevista explicando a gravidade do caso, os resultados dos exames realizados durante o protocolo; e depois, cuidadosamente, contou a D. Dolores que o filho dela estava em morte encefálica. A explicação desenvolveu-se de maneira calma, sob um tom de voz adequado, de modo que a mãe pudesse ouvir e compreender o que significava morte encefálica, e concluiu informando que seu filho não estava vivo. Diante do enunciado, D. Dolores ficou calada, embora chorando de maneira contida. Pareceu-nos que ela precisava de um tempo para assimilar o que havia sido dito. Diante desse quadro, a profissional prosseguiu a entrevista e falou sobre a possibilidade da doação de órgãos. D. Dolores escutou tudo calada, não disse sequer uma palavra, o tio do paciente, que estava ao lado da irmã e acompanhou o caso, falou de maneira bastante clara que, se dependesse dele, *doaria, doaria os órgãos de um filho* (SIC). Ela permaneceu calada, pensativa, chorando baixinho. Apesar de estar acompanhada do irmão e de uma cunhada, parecia estar muito só na sua dor.

Segue, através das palavras da enfermeira, a percepção dela sobre a reação de D. Dolores ante a comunicação da morte encefálica, ou seja, da morte do filho:

O sentimento de perda, de não ter mais o filho junto dela, né? O que a gente mais percebe é isso, né? O que a gente mais percebe é isso, o sentimento de esperança está sempre ali, né? Presente mesmo, a gente dizendo que está muito grave, que está fazendo o protocolo pra confirmar, mesmo assim eles têm esperança de que seja negativo.

Segundo nossa compreensão, talvez fosse fundamental, naquele momento, aguardar um pouco para que D. Dolores pudesse assimilar a notícia que acabara de receber, afinal, tratava-se de uma má notícia, da morte do filho. Pensamos que teria sido importante um espaço de tempo maior para que ela pudesse expressar seus sentimentos. É significativo ressaltar que, assim como consideramos o choro uma expressão emotiva com fortes significados subjetivos, reconhecemos no silêncio representações carregadas de significações e de significantes.

A profissional falou também de sua percepção acerca dos sentimentos expressos por D. Dolores no momento da notícia da morte:

Como eu te falei, a perda, né? A perda é [...] não querer ouvir, não se conformar do que está ouvindo, né? Querer ouvir uma, alguma coisa mesmo, ela estava sentindo, né? Que poderia receber essa notícia, mas acho que ela tinha uma esperança de, mesmo assim, ela tinha uma esperança de ser o contrário, tanto que ela chorou muito, né? Falou pouco, né? Principalmente quando eu falei na doação, ela ficou pensativa e não quis me responder nada, acho que ali a ideia dela já era de negar.

Tomando por base o afeto segundo a psicanálise, compreendemos a angústia como o único afeto que não engana. A angústia, ela se apresenta no corpo, e, a partir de tal proposição, pensamos na possibilidade de que D. Dolores estivesse vivendo uma profunda dor, a angústia pela perda do filho, diante de tal impacto encontrava-se impossibilitada de falar. Como nos foi mencionado pela profissional, ela ficou pensativa e não teria respondido a quase nada que a profissional perguntou. Compreendemos que sobre esse encontro com o real ela não teria, naquele momento, muito a nos dizer através das palavras. Consideramos que D. Dolores expressou na linguagem do corpo a sua mais profunda angústia, a dor diante da possibilidade da perda, de rompimento do laço com o filho. A esse primeiro impacto pensamos que ela respondeu com o coração, enfartando quando soube que o filho fora acidentado, silenciando e chorando quando recebeu a notícia de morte encefálica do filho. Nasio (2007) afirma que a dor psíquica é um afeto, um sentimento obscuro, difícil de definir e que muitas vezes escapa à razão como uma defesa do ego.

Sobre a dor e a simbolização, Nasio (2007, p. 19) propõe uma indagação:

O que significa dar sentido à dor e simbolizá-la? [...] não é propondo uma interpretação forçada da sua causa, nem mesmo consolar o sofredor, e menos ainda estimulá-lo a atravessar sua pena como uma experiência formadora que fortaleceria seu caráter.

Dar sentido à dor do outro significa, ainda segundo o autor, “[...] afinar-se com ela, vibrar com ela”.

Portanto, deve-se, diante das situações de dor subjetiva, acolhê-la e escutá-la em suas manifestações. No caso de D. Dolores, certamente não haveria tempo para formar um vínculo e oferecer uma escuta que o conduzisse ao trabalho de elaboração do luto, olhar para a dor como uma necessidade, ouvi-la, acolhê-la em suas manifestações. No caso de D. Dolores, certamente não haveria tanto tempo para concluir um trabalho que a levasse à simbolização do luto. Entretanto, acreditamos que seria fundamental oferecer um tempo de escuta, através do qual talvez ela pudesse conquistar a possibilidade de expressar, senão o afeto, algumas manifestações afetivas que permeavam a sua dor.

Durante o tempo em que D. Dolores esteve calada, logo após a notícia da morte do filho, em que se encontrava reservada em sua dor, o tio, o vizinho e a enfermeira conversavam a certa distância sobre algumas dúvidas que surgiram relacionadas ao processo de doação. O tio deixou claro que era favorável à doação, referiu a importância da doação de órgãos, porém todos estavam aguardando a decisão de D. Dolores, enquanto ela ainda permanecia sentada, pensativa e em silêncio. A psicóloga ficou ali, sentada ao seu lado. Depois de alguns instantes, D. Dolores pronunciou que o filho em vida não era a favor da doação. Todos foram tomados de surpresa pelas palavras colocadas por D. Dolores. Essa frase foi impactante e decisiva, isso porque até determinado momento da entrevista tudo seguia como se fosse haver a doação, entretanto, com a negativa expressa por D. Dolores, todos permaneceram em silêncio. A entrevistadora também foi tomada de surpresa.

A seguir as palavras da enfermeira. É interessantes a leitura da profissional sobre as colocações de D. Dolores referentes ao fato do filho ter dito em vida que não desejava ser doador:

Não acredito, eu não acredito não, porque pouco se fala, pouco se conversa sobre isso, né? Assim, ainda mais entre pessoas mais humildes, não sei, eu acho que se já tinha esse sentimento dele, ela já falaria logo [...] É, ela dizia, logo, não, não, meu filho não queria doar não, e ela em momento nenhum fez isso. Ela é que era contra.

Sobre a colocação feita pela enfermeira, talvez seja importante dizer que D. Dolores apresentou um argumento muito forte e consistente para que a entrevistadora não ficasse à vontade para contra-argumentar. É importante respeitar a escolha familiar e o fato de D. Dolores ter revelado o desejo do filho em vida foi decisivo. O referido argumento, desejo do paciente em vida, costuma ser respeitado pelos profissionais que conduzem as entrevistas.

Sobre a colocação da profissional, que o desejo de não doar não era do paciente, mas de D. Dolores, pensamos que caso a profissional estivesse certa, talvez essa tenha sido a maneira que D. Dolores encontrou para proteger a violação da única coisa que ainda restava de seu filho, o corpo. Ademais, como mãe, ela detinha o direito de recusar a proposta de doação.

Enquanto D. Dolores era levada pela cunhada, e acompanhada da psicóloga da emergência, para verificar a pressão arterial na Unidade de Pronto Atendimento, o tio e o vizinho aproveitaram a presença da enfermeira e da assistente social para esclarecer dúvidas sobre o desligamento dos equipamentos, a entrega do corpo e o processo de doação de órgãos. Em determinado momento, o vizinho mostrou-se indignado quando soube que o corpo seguiria para o Instituto Médico Legal (IML), independente de haver ou não a doação. Ele sugeriu a concessão da doação, caso a equipe liberasse a ida do corpo para o IML. A enfermeira e a assistente social, de maneira muito habilidosa, explicaram, algumas vezes, sobre a necessidade da ida do corpo para o IML porque a causa da morte foi violenta. O vizinho foi insistente, e mesmo inconveniente, e a conversa no momento ficou carregada de tensão, apesar da presença do tio, que apenas observava o diálogo e mostrava-se distante, talvez um pouco frustrado por causa da decisão de D. Dolores sobre a doação. No referido momento, as manifestações afetivas mais presentes foram: a frustração do tio, indignação do vizinho, e o equilíbrio e a ética das profissionais.

Na entrevista da pesquisa solicitamos à profissional a opinião dela sobre a entrevista familiar para doação:

Agora é, se eu já tivesse um contato maior com eles, né? Talvez fosse até mais fácil a minha entrevista, né? De explicar, de passar, de falar. Apesar de que a mãe era a única que não sabia, né? Todos já sabiam da morte encefálica, da provável doação de órgãos, como é que tinha que se fazer, menos a mãe.

Indagamos à enfermeira sobre as dificuldades enfrentadas pela família, como ela as percebeu:

No momento em que se falou sobre o exame, né? No Instituto Médico Legal, no (IML), né? Já deixou um pouquinho preocupado o irmão, né? E tinha aquela pessoa que tava sendo muito contra, então talvez tenha influenciado sobre isso, né?

Sobre as palavras que pudessem representar os sentimentos negativos e positivos vividos pela família, a enfermeira disse:

Eu acho que o negativo foi a angústia da mãe em receber a notícia, não é? E o positivo eu acho que foi o estímulo, a vontade de doar que tinha, né? O restante dos familiares, o irmão, a tia, né? A cunhada, a mãe e aquela vontade, aquela [...] é esperança mesmo, né, de que pudesse doar.

Ressalta-se que a profissional chegou a identificar o afeto, ela nomeia a angústia, entretanto não soube o que fazer diante da angústia do outro e então, numa tentativa de preencher o vazio anteriormente mencionado, ela oferece a possibilidade da doação.

A enfermeira disse que o afeto prevalente nela, no momento da decisão familiar sobre a doação, foi a angústia, conforme suas palavras:

É, é tanto que eu faço tudo, agora a parte que mais me emperra é essa, aí o que me fortalece é pensar no lado de cá, dos pacientes que estão na fila, dos pacientes que precisam e dependem da gente, aí é o que me fortalece e faz que eu vá. Talvez seja um apego meu que eu tenho de família, alguma coisa assim e sinto isso por dentro.

Como sabemos, a angústia, assim como a morte, é da ordem do inominável, talvez por conta disso a profissional tenha tido dificuldade em encontrar significantes que pudessem representar o que sentia o que estava vivendo diante da condução da entrevista. Sobre a angústia sentida ao ver a mãe diante de uma perda tão dolorosa, ela pode ser traduzida, de acordo com Freud (1926), como angústia neurótica, ela está relacionada com os traumas primordiais. A angústia realmente nos afeta, algumas vezes de maneira consciente e outras de forma inconsciente. O

importante é o reconhecimento desse incômodo, porque realmente somos afetados pela dor do outro, negar que nos afeta é apenas uma maneira de nos protegermos, é um mecanismo de defesa. Na prática profissional e em diversas situações, somos remetidos às nossas próprias dores subjetivas, sendo importante não negá-las, mas, esforçar-se por reconhecê-las já é um primeiro passo para que se possa buscar ajuda profissional para estar melhor capacitado para lidar com tais questões.

CASO 05

JOSUÉ, UM CASO DE ANGÚSTIA, EMOÇÃO, DESESPERO E DOR

Um grupo de crianças encontrava-se jogando bola em uma área aberta, próxima de casa, quando de repente todas elas foram surpreendidas por alguns disparos provenientes da própria comunidade. Eram tiros por arma de fogo. As crianças que jogavam bola correram e atravessaram a rua. Infelizmente, um menino foi atropelado por um carro. Ele tinha dez anos e residia em Salvador com os pais e os irmãos. Neste trabalho ele passa a ser chamado de Josué. No acidente de que foi vítima, Josué tomou uma forte pancada na cabeça e sofreu um traumatismo crânio encefálico e por conta disso ele ficou hospitalizado. Durante os quatro da hospitalização, houve a abertura e o fechamento do protocolo de morte encefálica. Especificamente neste caso, houve duas entrevistas familiares para doação de órgãos e tecidos para transplantes. Na primeira delas tomaram parte: o pai, o tio, a prima e uma amiga do atropelador, que nominaremos de Cláudia. Na segunda entrevista realizada com a família, estavam presentes: o pai, a mãe, a prima, o tio e Cláudia. Uma profissional plantonista da Central foi a responsável por conduzir as duas entrevistas.

Como temos a intenção de tornar o referido caso o mais claro possível, este será relatado a partir de uma divisão entre a primeira e a segunda entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos para transplantes. As duas entrevistas aconteceram no mesmo dia, a primeira no período da tarde e a segunda no início da noite.

No período da tarde a profissional da Central foi até a UTI entregar ao médico intensivista o laudo do exame, o eletro encefalograma, onde constava o resultado isoeletrico, ou seja, confirmava a suspeita da morte encefálica de Josué. Dessa maneira, a família seria chamada para que lhe fosse comunicada a constatação da morte encefálica, como também seria realizada a entrevista familiar para doação. Nos registros do prontuário de Josué constavam algumas informações sobre a família, dentre elas o registro feito por duas psicólogas. Um deles mencionava o

impacto sofrido pelo pai ao saber das graves condições de Josué. A profissional da Central, após conversar com o médico sobre o exame, dirigiu-se ao Serviço Social e solicitou que a família fosse contactada para comparecer ao hospital. Ela pediu à assistente social que, tão logo a família chegasse, avisasse a ela na sala da Central.

Durante o tempo em que estivemos aguardando a ligação do Serviço Social, perguntamos à profissional há quanto tempo ela realizava entrevista familiar para doação. Respondeu que fazia entrevistas há um ano e meio. Também relatou que não gostava de fazer entrevista com muitas pessoas participando, que preferia levar a família para a sala da Central, pois lá o espaço era mais reservado do que a sala do Serviço Social, local onde circulam muitas pessoas. Sobre a condução da entrevista, informou que gostava de começar explicando sobre a morte encefálica.

A profissional decidiu descer antes mesmo da aguardada ligação da assistente social. Dirigiu-se ao Serviço Social, porém no caminho se encontrou com os familiares de Josué, no corredor próximo da UTI. Após alguns instantes de conversa, ela conduziu o pai, o tio e a prima do paciente, juntamente com Cláudia, até o médico da Unidade de Tratamento Intensivo, para que dele recebessem a notícia da morte encefálica. Fazemos notar que a enfermeira fez a escolha de não se unir ao médico para participar da comunicação da morte encefálica.

Na UTI a enfermeira informou ao médico responsável pelo paciente que a família estava no corredor da referida unidade aguardando o boletim. O plantonista se dirigiu aos familiares, mas a enfermeira não o acompanhou, ficou conversando com uma colega da UTI. Nós nos decidimos por acompanhar o médico na comunicação da morte encefálica. O médico iniciou a comunicação indo direto ao diagnóstico da morte encefálica, ou seja, comunicou a morte de Josué e logo em seguida falou sobre a doação de órgãos. O pai e a prima ficaram impactados diante da notícia e pela forma como ocorreu a comunicação. É importante ressaltar que todos estavam em pé, próximos da porta de entrada da UTI. Entretanto, Cláudia fez algumas perguntas ao médico sobre os detalhes dos exames realizados durante o protocolo de morte encefálica. O médico demonstrou-se inseguro para responder, talvez pelo fato de não ter acompanhado todos os exames realizados durante o protocolo. Cabe aqui uma observação sobre a questão da ausência da profissional responsável por conduzir a entrevista familiar para doação. Pensamos que, caso ela tivesse presente e participasse junto com o médico, poderia, além de ajudar a esclarecer as dúvidas da família, teria também a possibilidade de não só conhecer

as manifestações afetivas, os sentimentos dos familiares e a posição sobre a doação de órgãos, mas dar apoio à família naquele momento de perda.

O médico concluiu o boletim informando que em seguida outros profissionais conversariam com a família sobre doação. Cláudia então trouxe que há algum tempo acompanhou um sobrinho que foi também diagnosticado com morte encefálica. E indagou ao médico quanto a haver uma sala onde todos pudessem conversar. A profissional da Central foi chamada pelo médico e, tão logo se aproximou, ressaltasse, sem ter informações sobre esse diálogo, conduziu todos para a sala da Central de Órgãos, local onde realizaria a primeira entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos.

A primeira entrevista familiar para doação aconteceu na sala da coordenadora da Central, espaço pequeno, porém oferecendo a privacidade necessária para referida situação. Apesar do espaço reduzido, todos foram acomodados, ficando sentados: o pai, a prima, Cláudia, um tio do paciente e um irmão do pai que chegara à sala naquele momento.

A profissional que conduziu a entrevista deu início à mesma falando sobre o resultado do exame de morte encefálica, tendo sido logo interrompida por Cláudia, que tentou ajudar explicando de uma maneira clara e coerente o que significava a morte encefálica. Apesar de sua fala ter sido positiva no sentido de colaborar para o entendimento acerca da possibilidade de doação, a profissional se sentiu melindrada com a interrupção e não permitiu que ela concluísse, interrompendo a fala de Cláudia duas vezes em pontos importantes, e retomou a informação desde onde havia parado, qual seja, no resultado do exame de morte encefálica. Apesar de ter sido interrompida, Cláudia conseguiu expor suas ideias em favor da doação. Sobre esse momento, nos pareceu ter havido nesse diálogo uma disputa de saberes entre Cláudia e a profissional que conduzia a entrevista. Em momento anterior, Cláudia havia revelado que era advogada e docente do ensino superior.

O pai de Josué permanecia em silêncio, provavelmente imerso em sua angústia. Ele não falava nada, porque naquele momento não poderia falar, apenas escutava de cabeça baixa, na maior parte do tempo. A profissional também não perguntou se ele gostaria de falar sobre o que vinha pensando, ou se tinha alguma colocação a fazer, alguma dúvida. Até ali não havia sido dada oportunidade ao pai de Josué para que se expressasse, colocasse seus pensamentos, sentimentos,

dúvidas e muito menos a sua angústia, afeto, que a partir da nossa compreensão poderiam estar relacionados com a morte do filho.

O tio de Josué disse que tinha uma opinião sobre a doação, expressou que cada pessoa naquela sala também deveria ter. Acrescentou que gostaria de tomar a decisão sobre a doação depois que tivesse pensado sobre uma questão, e expôs sua dúvida sobre o funcionamento e a seriedade do andamento da fila de espera para transplantes. A profissional esclareceu as dúvidas do tio de maneira segura e coerente. A conversa sobre a doação prosseguiu e surgiu mais uma questão apresentada pelo tio: se eles, o pai, o tio e a prima poderiam conceder a doação sem o conhecimento da mãe de Josué. Note-se que a mãe, até aquele momento, sequer sabia que Josué estava morto. Diante dessa questão, concluímos que o pai, a prima e o tio estavam receosos de comunicar a morte de Josué para sua mãe. O tio também perguntou ainda a respeito doação, se era possível fazê-la sem o consentimento da mãe de Josué, caso o pai concordasse. O pai permaneceu calado. A profissional ainda apresentou dúvidas sobre tal proposta e respondeu que iria conversar com uma colega. Enquanto ela esteve fora da sala consultando uma colega sobre a referida proposta, Cláudia falou para a família sobre os benefícios da doação.

A ideia de conceder a doação sem o consentimento da mãe foi se tornando cada vez mais consistente. O tio, talvez pela vontade de conceder a doação, chegou a mencionar que ela não precisaria saber caso eles três decidissem não contar. Ele parecia ter uma forte influência sobre o pai de Josué, que permanecia calado, era um homem mais humilde e de condição financeira menos favorecida. Em determinado momento, dissemos ao grupo que seria ético que a mãe de Josué soubesse de toda a verdade, em primeiro lugar contar-lhe sobre a morte do filho e somente depois lhe falar sobre a possibilidade de doação. Caso ela viesse a concordar, a doação poderia ser feita. A partir dessa fala, pareceu-nos que foi dado um limite à ideia de se fazer a doação sem o consentimento da mãe. Assim, ficou evidente que para haver a doação era necessário que a decisão fosse tomada pelos pais de Josué. A partir desse momento, a prima do paciente revelou que a mãe não tinha visitado o filho na UTI, que pensava que Josué estivesse melhorando a cada dia, que ainda não havia sido informada sobre a real gravidade do quadro. O pai, que permanecia calado, apresentava sinais de profunda tristeza e de evidente sofrimento diante da perda do filho. Mas demonstrou sinais de alívio ante tais

considerações que levavam o grupo a refletir sobre ser dos pais a pertinência da decisão. Nesse ponto, a primeira entrevista familiar para doação chegou ao fim. Ficou-lhes claro que deveriam ir para casa e conversar com a mãe de Josué para somente depois retornarem com uma resposta sobre a doação.

Ao sair da sala da Central, a família foi acompanhada até a recepção do hospital. No caminho a profissional que conduziu a entrevista fez uma colocação discreta sobre o fato do pai ter permanecido em silêncio durante a entrevista, e que ainda não se manifestara sobre a doação. A partir daí, decidimos perguntar ao pai de Josué como estava se sentindo perante a situação. Respondeu que não saberia como dizer à mãe de Josué sobre a morte do filho. Indagado acerca de sua maior preocupação, respondeu que ela era *nervosa*, e que ele tinha medo de que ela tivesse um *troço e morresse*. O pai de Josué, além da tristeza, mostrava-se inseguro e fragilizado devido às ocorrências. A partir desse diálogo, ele foi orientado para que inicialmente conversasse com a mãe de Josué sobre a gravidade do quadro e somente depois falar sobre a morte do filho. Também lhe foi sugerido conduzir a mulher até o hospital porque assim teria não somente o apoio da equipe, mas também o pronto atendimento da emergência.

Depois de algum tempo, o tio do paciente e Cláudia retornaram à sala da Central para solicitar apoio ao grupo, que pelo menos um profissional da equipe os acompanhasse até a casa da família para garantir um suporte durante a comunicação da morte de Josué. Duas profissionais, dentre elas a que conduziu a entrevista e uma médica plantonista da Central, discutiram sobre o caso e decidiram atender ao pedido. Um dos critérios utilizados para a referida decisão foi a necessária agilidade, caso a doação fosse concedida. Ou seja, levaria mais tempo o deslocamento dos familiares na busca da mãe e retorno ao hospital do que se a equipe fosse até a casa deles.

Acompanhando o carro de Cláudia, a equipe da Central seguiu até a casa do paciente. Ali chegando, viu-se que a porta e a janela estavam abertas, a mãe encontrava-se na sala. A casa era muito pequena e os vizinhos começaram a se aproximar à chegada da equipe, curiosos para conhecer os motivos do deslocamento. A mãe de Josué encontrava-se sentada no sofá quando avistou os familiares acompanhados pelos profissionais. Provavelmente imaginou que receberia uma má notícia, porque começou a gritar e foi se arrastando do sofá para o chão, o corpo trêmulo e enrijecido. A irmã mais velha de Josué emitiu um grito de

desespero e o pai foi abraçá-la, na tentativa de que ela se acalmasse. A irmã, porém, não se controlava e já xingava em voz alta o motorista do carro que atropelou seu irmão, também questionava a existência de Deus, e expressou ódio pelo atropelador, por não ter conseguido desviar o carro quando Josué, correndo, atravessava a rua. Mostrava raiva por Deus não ter protegido seu irmão, e indignação e revolta pela equipe não ter conseguido salvá-lo. Essa situação demorou algum tempo, sendo difícil para o pai de Josué acalmar a filha. No sofá da sala, as profissionais, inclusive a médica plantonista e Cláudia, tentavam acalmar a mãe, que permanecia em contorções e o corpo trêmulo, e pronunciando, em poucas palavras, porém de forma dolorosa que não aceitava a morte do filho. A reação de ambas, mãe e irmã de Josué nos permite algumas considerações. A reação da mãe nos remeteu a uma reação histérica diante do horror da notícia. A mãe expressava, com a emoção no corpo, o que lhe escapava no plano simbólico, na ausência das palavras. Quanto à histeria, não faz parte do objeto deste estudo discorrer sobre referida estrutura. Pensamos que, pelo fato da irmã ter manifestado afeto através das palavras e dos gestos, decorrido algum tempo poderia se apresentar mais compensada.

Nesse ponto, recorremos a Vieira (2001, p. 232) que, fundamentado na orientação lacaniana, explica:

A distinção estabelecida por Lacan entre afeto e emoção é clara. A emoção, como agitação corporal, situa-se no registro da energia vital. Poderíamos situá-la aproximando-a da vertente real do afeto. [...] Poderíamos dizer, nesse sentido, que o afeto é aquilo que, no enquadre psicanalítico, ocupa o lugar da emoção. Ela a inclui e a transcende ao mesmo tempo. Isto é uma simplificação, mas nos dá uma idéia de um plano no qual estão em jogo determinadas relações a partir das quais se pode conceber a emoção como uma forma do movimento do afeto.

Consideramos que a situação relatada foi muito difícil de viver. Em muitos momentos, faltavam palavras, mesmo aos profissionais, que pudessem acalmar a dor da família. Pareceu-nos inclusive que os profissionais da equipe também foram, em alguns momentos, tocados em suas próprias angústias.

Com relação à reação familiar, Cláudia comentou com os membros da equipe, de maneira cuidadosa e discreta, que a forma de expressão da mãe e da irmã é comum em determinada camada social, e que com paciência a situação seria

acalmada. Discordamos. Acreditamos que a reação diante da vida, da morte e do sexo está relacionada à singularidade de cada um diante da própria estrutura.

Talvez porque era advogada e professora de direito, e também porque desenvolvia trabalhos comunitários e sentia-se vinculada àquela família, teve a possibilidade de ajudar a família desde o dia do atropelamento. Contudo, representava a família do atropelador. Talvez esse fato deva ser considerado, inclusive quando pensamos nos sentimentos expressos pela irmã de Josué, porque carregados de ira, revolta e ódio, e a rejeitar as palavras de apoio vindas de Cláudia. Naquele momento, somente o pai e a prima puderam confortá-la.

Segundo os familiares, Josué era um menino muito meigo, muito querido por todos. Tinha 10 anos e irmãos com idade próxima da deles. Eles choravam. Os amigos de Josué estavam na porta da casa e mostravam apreensão. A situação familiar era muito delicada. Permanecemos no local por aproximadamente uma hora, tentando acalmar a mãe e a irmã. Os irmãos choravam contidamente, e pareciam assustados e preocupados com a reação da mãe.

Em momento oportuno, uma profissional da equipe perguntou à mãe de Josué se ela gostaria de ir até o hospital ver o filho. Ela não respondeu com palavras, mas fez um sinal afirmativo com a cabeça. A mãe de Josué falava pouco. Pareceu-nos que lhe faltavam recursos simbólicos para expressar sua dor, seus sentimentos, faltavam-lhe as palavras, como expressar-se através da cadeia de significantes. Conforme foi mencionado anteriormente, ela expressava na linguagem do corpo a sua dor.

Não pudemos saber sobre os sentimentos envolvidos na relação mãe e filho. Diante do contexto, surgiu uma questão: qual o lugar ocupado por Josué nessa família de muitos filhos? A essa indagação não temos dados suficientes para responder. Entretanto, observamos que a mãe não esteve no hospital para ver o filho durante os quatro dias em que ele esteve internado. Não sabemos se esse comportamento está relacionado à sua estrutura ou ao vínculo afetivo com Josué. Fomos informados de que ela levou o filho até o hospital no momento do acidente, quando esteve acompanhada da irmã mais velha de Josué, a mesma que ficou transtornada quando soube da notícia da morte do irmão. Acreditamos que faltaram recursos subjetivos que sustentassem a mãe de Josué para que ela pudesse estar ao lado dele durante os quatro dias que precederam a morte.

Na entrevista da pesquisa a prima comentou sobre a reação da irmã, quando de uma visita sua no hospital, quando soube que o estado de Josué estava se agravando:

Pra mim é tipo assim, eu não tinha mais esperança, mas pra minha prima, ela tinha esperança, entendeu? Ela dizia ah, eu tenho esperança, não sei o quê, ela não tava bem acompanhando. Porque ela tava fora e eu tava lá dentro [da UTI] aí eu não, tá bem, tá bem, mas eu sabia que não tava bem, mas a minha esperança não foi total, porque foi na cabeça a pancada.

Na opinião da prima, o desespero foi o sentimento que prevaleceu na irmã quando soube que Josué estava morto. Consideramos o desespero uma reação carregada de sentimentos, afetos e emoções. Seguem as palavras da prima explicando os sentimentos dela própria durante a notícia:

Foi com minha tia que eu fiquei mais preocupada, foi com ela porque em momento nenhum ela quis ver, porque ela só viu na sexta-feira [no momento do acidente] e depois ela não viu mais, porque na hora que ela foi, ela foi com minha prima, aí, quando internou, ela não quis mais ver. E nem depois que morreu, e tudo, ela não viu, ela não quis.

A cena ainda se passa na casa de Josué. Depois de algum tempo, a mãe aceitou a sugestão das profissionais da equipe para ir até o hospital. Desta forma, o pai, a mãe, a prima, o tio de Josué e Cláudia seguiram juntos para o hospital. Quando saímos da casa, alguns vizinhos nos olhavam e outras crianças que estavam com Josué no momento do acidente ainda choravam a dor pela perda de um amigo tão jovem.

Deixamos aquela casa humilde certas de ser aquele um cenário inesquecível, de muita tristeza e dor, onde residia uma família completamente desestruturada diante da notícia da morte de um de seus membros, “[...] da aflição que nos afeta quando somos golpeados pela morte de um ser querido” (NASIO, 2007, p. 21).

Durante o percurso de volta ao hospital, a equipe conversou sobre a experiência e analisou vários pontos da referida situação, dentre eles, o que nos cabe nesse trabalho, o impacto e a mobilização de múltiplas manifestações afetivas, das emoções e do afeto propriamente dito, da angústia.

Vale ressaltar ainda que as profissionais mantiveram-se numa postura muito ética. Ainda que tenham ido até a casa de Josué para comunicar a notícia da morte e em seguida oferecer a opção pela doação, pois era este o caminho viável para

fazer o que ali era necessário e possível. Respeitaram a mobilização familiar e não mencionaram até o momento preciso o tema da doação de órgãos. Todos perceberam que a mãe de Josué sequer conseguia aceitar a morte do filho e muito menos apresentar condições favoráveis para decidir sobre a doação de órgãos.

Gómez e outros. (2001, p. 59), em estudo sobre a entrevista familiar, assim se coloca:

As reações emocionais que acompanham uma morte dependem se esta é mais ou menos repentina, inesperada ou já está prevista desde muito tempo atrás. Nos casos de morte repentina, segundo o autor, é mais comum haver a doação de órgãos, mas o impacto emocional e o luto são maiores. Refere ainda fases como a letargia, a negação de sentimentos e a separação emocional da realidade da morte. E ressalta que a pessoa apenas admite a realidade como é capaz de suportar.

Ainda para esses autores, na realidade cruel da morte podem surgir transtornos emocionais como a depressão, a cólera e também uma desorganização emocional e cognitiva. Então, no referido caso, a equipe foi coerente em preservar a mãe de uma decisão tão difícil em um momento que ela não apresentava sustentação subjetiva para decidir.

A mãe de Josué, quando chegou ao hospital para ver o filho morto, foi conduzida até a sala da Central pelos seus familiares. Aparentemente, encontrava-se mais calma. Não tivemos conhecimento se foi oferecida à mãe, durante o percurso de carro até o hospital, a opção de ir primeiro ver o filho na UTI. Entretanto durante o período em que ela esteve na sala da Central participando da 2ª entrevista familiar para doação, ela não mencionou que gostaria de ver o filho.

Estavam presentes na 2ª entrevista familiar para doação o pai, a mãe, a prima, o tio e Cláudia. Todos da família ficaram sentados. A prima Cláudia deu início ao diálogo, lembrando o que havia acontecido com Josué, o acidente e a gravidade da ocorrência. Em seguida, a profissional que conduziu a referida entrevista explicou sobre morte encefálica, então Cláudia mencionou o tema da doação de órgãos. A mãe estava com a cabeça baixa, mas balançou a cabeça em sentido negativo, naquele momento; depois de alguns instantes parou e manteve-se com a cabeça baixa, escutando a conversa. Nesse momento prevaleceram as falas de Cláudia e da profissional, uma complementando a fala da outra. Então, em tom de voz bem baixo, a mãe fez a pergunta: “*quais os órgão que se pode doar?*”.

Essa foi a primeira frase completa que a mãe de Josué dirigiu à equipe. A profissional respondeu imediatamente: “o *coração, o pulmão, os rins, o fígado, a pele, os ossos, as córneas*”.

A mãe permaneceu em silêncio por alguns segundos, provavelmente chocada e tomada pela angústia diante de tal informação. Então, após alguns instantes, ela pronunciou: “*estou abafada, agoniada nesse lugar, quero logo sair daqui*”. A partir da referida fala a mãe de Josué levantou-se e foi saindo da sala.

Sobre os relatos acima consideramos fundamental tecer comentários. Primeiramente acreditamos que no caso da profissional, pareceu que ela ouviu e respondeu precipitadamente a pergunta da mãe de Josué. Então, infelizmente, ela não conseguiu escutá-la, talvez o sentimento de ansiedade tenha se feito presente interferindo nesse momento da comunicação. Diante da nossa percepção, a mãe de Josué se referia ao caso do próprio filho, questionava quais órgãos Josué poderia doar. A resposta dada referia-se a uma doação qualquer de um outro Estado do Brasil. Inclusive é importante esclarecer que em nosso Estado, ainda não existe a possibilidade da doação de órgãos e tecidos tais como: o pulmão, a pele e os ossos. Nesse momento a profissional, talvez pelo seu grau de ansiedade e por outras manifestações afetivas latentes, não conseguiu lidar bem com a situação, fez uma interpretação equivocada da pergunta e respondeu de maneira generalizada a uma questão extremamente singular. Sobre a angústia da mãe de Josué, já mencionamos a evidência da mesma em parágrafo acima.

Com relação ao processo de Comunicação entre familiares e profissionais JAGER et al (E.D.H.E.P,: 29) referem:

A interpretação de uma mensagem pelo receptor pode ser uma fonte de erro na comunicação. Não somente os pacientes e os familiares, mas também os médicos e as enfermeiras têm esses problemas e desta maneira enfatizam que a interpretação de um comportamento estão influenciados pelos pensamentos e pelas emoções do observador.

A mãe de Josué, conforme seu pedido foi acompanhada para outra sala da Central. Lá ela se sentou e bebeu água. Enquanto isso os outros familiares concluíam a conversa. Nesse momento ela verbalizou baixinho que não queria doar. A colocação dela foi ouvida apenas por quem estava bem próximo. Então ela saiu da sala em companhia da prima de Josué e de Cláudia. O pai permaneceu lá, ele também sentou e bebeu água. Parecia ainda preocupado, talvez dividido entre a

pressão do tio de Josué, que ainda insistia em favor da doação, e da mãe, que era contra. Nesse instante dissemos ao pai que a doação não deveria tornar-se um problema, um sofrimento a mais para ele; caso considerasse que no futuro a mãe de Josué pudesse alegar o fato dele ter feito a doação contra a vontade dela, ele deveria pensar melhor. Na realidade já existia o sofrimento imposto pela perda do filho, desta forma, ele não deveria carregar culpa pela doação. A doação vale a pena quando traz algum benefício à família, quando transforma uma tragédia em um ato generoso. Ela não deve ser feita para trazer mais dor e nem culpa. O pai respondeu que ela, a mãe, o acusaria pelo resto da vida caso ele concedesse a doação.

O tio ainda não havia desistido e perguntou à equipe se poderia levar o formulário de autorização da doação para casa. Tinha ainda a esperança que a mãe de Josué, em casa, pudesse mudar de ideia e assinar o formulário. A profissional consentiu que eles levassem o formulário. O paciente foi mantido nos aparelhos até a manhã do dia seguinte. Quando liguei para o hospital soube que o tio e o pai haviam ido até a sala da Central, logo cedo, agradecer e informar que a mãe manteve a decisão de não doar.

Na entrevista da pesquisa, a prima, que estava todo o tempo junto da mãe de Josué, revelou a percepção dela sobre os sentimentos da mãe no momento da entrevista quando foi colocada a possibilidade da doação:

Acho assim, que ela tava em desespero porque ela não sabia, nem assim, aí, depois eu chamei minha tia em particular e falei: minha tia, a senhora aceita aí [a doação], ela disse não, eu disse ôxe, minha tia, aceite, ela disse, não tire o órgão dele não, eu não quero, eu não aceito. Aí eu acho, pra mim, que se fosse hoje, se ela tivesse visto, porque a gente tava dizendo que tava bom [durante o tempo da hospitalização], mas acho que se ela tivesse preparada, talvez ela até tivesse, ela aceitaria, mas acho que ela nunca tinha ouvido falar de doação de órgãos, entendeu? Ela nunca conviveu realmente com pessoas como a gente convive, que vive com doação de órgãos, então se ela convivesse. Pra ela, isso foi um baque. Ela pensava ah, não, se tirar tudo, mas se não servia mais, mas hoje acho que se acontecesse alguma coisa com outro filho, acho que ela aceitaria a doação de órgãos. Que a irmã fala, ah, não, eu já escrevi mainha, se eu morrer um dia, deixe minha doação de órgãos, eu quero doar.

Chama atenção o fato da prima mencionar que a mãe não estava preparada. No entanto, ela poderia ter sido preparada caso os profissionais identificassem que a mãe ainda não tinha visitado Josué durante o período em que o protocolo de morte encefálica esteve aberto. Será que cabe a esses profissionais somente a responsabilidade da entrevista familiar para doação ou com relação a família não

caberia também avaliar e acompanhar a mesma desde a abertura do protocolo de morte encefálica?

Ainda na entrevista com a prima, em continuidade ao tema dos sentimentos da mãe referentes à doação, a prima revela um diálogo entre ela e a tia:

Ela achou assim, que tipo, ela falou que, ainda nem acabou de morrer, ainda tá no aparelho, como é que já vai doar; aí eu falei, não, minha tia, porque se os aparelhos realmente parar por ele mesmo, já não servem mais, tem que tirar enquanto o aparelho tá, porque ali ele tá respirando através daquele aparelho, se desligar ali, ele tá morto, é os aparelhos que tá respirando nele, aí por isso é que, pra mim, na minha ideia, ela pensou que tava vivo que você ia abrir.

Nesse diálogo, ficou claro que a mãe realmente não compreendeu o significado da morte encefálica. A prima do paciente tentou explicar para a tia, mas ela não consegue apreender o processo da morte encefálica. A prima considerou que existiu muita dificuldade na decisão sobre a doação por causa da mãe de Josué. Sobre o momento mais difícil no processo como um todo, ela respondeu na entrevista da pesquisa:

O momento mais difícil foi depois que enterrou, assim que já tinha desligado os aparelhos e que enterrou sem doar. Foi o momento mais difícil, tinha que doar, toda vez as meninas falam e eu sinto, porque não doou, e a pior coisa é você levar culpa e dizer assim, ah, porque não doei, mas agora já é tarde, não pode fazer mais nada.

Para concluir o caso, essa fala nos lembra alguns casos nos quais ocorreram a doação. Alguns familiares, após concederem a doação, conseguem atribuir um significado à sua escolha, eles referem que a doação é uma maneira de amenizar a dor da perda. Acreditamos que a doação também favorece a elaboração do luto. Para concluir, seguem as palavras de Sadala (2004, p. 91):

Doar os órgãos do familiar, ação que vai afetar profundamente a família em todos os sentidos, tem o sentido da doação de algo valiosa para ela. Trata-se aqui da questão do “sagrado”; mais que um sentido religioso, algo com o qual não se interfere, que não pode ser mudado. Por isso é tão difícil doar. Porém, ao doar, as famílias esperam pela correspondência do seu ato generoso.

CASO 6

BENEDITA: UM CASO DE “DESORGANIZAÇÃO MENTAL” E FAMILIAR

Este caso conta a história de um menino de 12 anos, gêmeo, que morava com os pais na região metropolitana de Salvador. Matheus é o nome pelo qual o identificaremos. Seu pai trabalhava na construção civil e sua mãe era vendedora ambulante. Segundo relatos da mãe, no dia do acidente ela iria trabalhar e chamou o filho para ir com ela, mas ele não quis. Assim que a mãe saiu, Matheus e o irmão gêmeo subiram na laje da própria casa para soltar pipa. A tia de Márcio contou que o irmão gêmeo de Matheus, em determinado momento, perdeu o equilíbrio, porém não caiu porque Matheus o segurou. Infelizmente, ele não teve a sorte do irmão, porque se desequilibrou e caiu da laje. Foi socorrido de imediato e levado para o hospital. Segundo relato do pai, a pancada foi muito forte. Matheus ficou internado na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e logo os pais foram informados de que o filho sofrera traumatismo crânio encefálico (TCE). Depois de alguns dias, os médicos suspeitaram de que ele pudesse estar em morte encefálica e, a partir da suspeita, foi aberto o protocolo de morte encefálica para investigar a suspeita diagnóstica.

Durante os dias em que Matheus esteve internado na UTI, ele permaneceu acompanhado pela mãe durante a maior parte do tempo. O Estatuto da Criança e do Adolescente garante o acompanhamento familiar durante o tempo do internamento. A mãe será chamada de Benedita. O pai havia conseguido um emprego recentemente e não teve condições de fazer o revezamento com a mãe durante o dia. Além dos pais de Matheus, duas tias, irmãs do pai, também o visitavam.

Os profissionais que trabalharam no caso durante o período compreendido entre o fechamento do protocolo de morte encefálica e a entrevista familiar para doação foram: uma médica neurologista, uma assistente social, duas profissionais de enfermagem e duas profissionais de psicologia, que o acompanharam em momentos distintos. O referido período durou dois dias.

No primeiro dia, segundo relatos da enfermeira plantonista da Central de Órgãos, a mãe de Matheus andava “revoltada” na UTI. A profissional teria tido conhecimento, através de outras colegas da unidade, que Benedita já havia

manifestado não querer doar os órgãos do filho. Durante a nossa conversa com a profissional, ela nos disse que não pretendia realizar com a mãe a entrevista para doação. Indagada do motivo, justificou que a mãe estava muito agressiva. Continuamos a questioná-la se havia visto a mãe, ao que respondeu tê-la visto rapidamente na UTI. Por já saber da disposição relatada por colegas, segundo as quais ela teria dito em voz alta na UTI que ninguém iria tirar os órgãos do filho, optara por não proceder a entrevista. Nesse caso, segundo a opinião da profissional, parece ter havido uma antecipação do tema da doação através de algum profissional da unidade.

Acompanhamos a médica neurologista e a enfermeira que se dirigiram à UTI. A neurologista comunicou ao médico plantonista, responsável pelo paciente, que o eletro encefalograma ainda tinha fluxo sanguíneo, embora pouco. Durante o deslocamento para a UTI, a enfermeira nos informou que o exame acusara pouco fluxo e que, sendo assim, não era possível fechar o diagnóstico de morte encefálica, necessário se fazia aguardar as próximas seis horas para realizar novo exame.

A neurologista aproximou-se da mãe, que se encontrava sentada na cadeira ao lado do filho, e lhe falou sobre o resultado do exame, e explicou o fluxo encontrado. Benedita pediu à médica que explicasse mais uma vez, porque ela não estava entendendo. A médica explicou-lhe sobre morte clínica e referiu que em outros países não se providencia o segundo exame para comprovar a morte encefálica. A mãe pediu para parar e se estabeleceu o seguinte diálogo:

- Você está me dizendo que ele está vivo porque tem fluxo, tem sangue, é isso?

- Não, eu disse que clinicamente ele já está morto, mas que ainda existe um restinho de sangue no cérebro, no exame – respondeu a médica.

Nesse ínterim, a psicóloga chegou à UTI e nos informou que já vinha acompanhando o caso há alguns dias em função da demanda dos profissionais da UTI. Em sua avaliação, ela constatou que a mãe apresentava certo grau de “desorganização mental”. E aproximou-se da mãe, logo após ter sido dada a notícia. Benedita começou a pedir ajuda: “*Me digam que ele só está dormindo, é isso, não é?*” (SIC).

Ela parecia angustiada em decorrência da notícia que acabara de ouvir. Consideramos, a princípio, que se tratava de uma denegação diante do impacto da

notícia de morte do filho. Dentro da nossa compreensão, a morte sempre se apresenta como algo inusitado. Algo que não damos conta de aceitar. Mesmo quando é esperada, sempre nos remete ao vazio, à falta de representação, à castração no registro simbólico. A enfermeira e a médica dirigiram-se para o balcão da UTI. A psicóloga deu à mãe o suporte fundamental para aquele momento. Permanecemos junto com a psicóloga e presenciamos a angústia dessa mãe diante do real da perda do filho.

Benedita já se levantara da cadeira quando a médica deu a notícia da morte. Aproximou-se da cabeceira do leito e começou a chamar o filho pelo nome e pedir para que ele acordasse. Ela realmente falava como se Matheus estivesse dormindo e pudesse acordar. Ficamos ali, junto dela, oferecendo apenas a nossa presença como suporte. Foi quando se disse culpada da morte do filho. Falava enquanto dávamos suporte com o espaço da escuta, além de nossa presença. Em contínuo, disse que deixou os filhos sozinhos em casa para ir trabalhar na porta da escola, porém convidou o filho para ir junto, mas ele não quis. Contou que a cunhada chamou os meninos para descer da laje, mas eles foram teimosos. Então a psicóloga disse de forma cuidadosa: *“Já conversamos sobre isso, é comum que as mães precisem trabalhar, você certamente achou que ele estivesse seguro”*.

Em resposta, disse que o marido iria culpá-la pela morte do filho. Logo depois, ficou algum tempo insistindo para que o filho acordasse. E foi ficando um pouco mais compensada. Depois de algum tempo, sentou-se e confirmou à psicóloga que não havia outro familiar no hospital e que ela iria sozinha para casa. A psicóloga sugeriu acompanhá-la até o Serviço Social para fazer uma ligação e avisar ao marido e a cunhada que eles deveriam ir até o hospital. Ela recusou ir até o Serviço Social, disse que queria ficar ali sozinha, junto do filho, por alguns instantes. Logo voltou a chamar o filho pelo nome, pedindo-lhe que acordasse. E repetia, aflita, o chamado, como se ele pudesse acordar.

Sobre a referida situação, consideramos que foi muito difícil de presenciar. A habilidade e competência das profissionais foram fundamentais para ajudar Benedita, pois ela se encontrava imersa na angústia e na dor. Assim, teve a oportunidade de sentir-se acompanhada, amparada. A psicóloga, juntamente com a enfermeira, disse a Benedita que iriam ao Serviço Social fazer uma ligação para os familiares dela e logo retornariam. Ela concordou e já parecia estar mais calma, mais compensada da sua dor. Durante o deslocamento para o Serviço Social, a psicóloga

explicou à enfermeira que a mãe tinha certo nível de desorganização mental, que estava acompanhando a mesma há uns três dias, com a intenção de ajudá-la a melhor organizar-se nesse momento de dor. Acreditamos que, no caso de Benedita, era necessário considerar o tempo e a realidade psíquica.

Silva (2003, p.13), ao comentar Moura, reflete acerca do tempo lógico proposto por Lacan, numa especificidade do atendimento psicanalítico em uma CTI:

No hospital, nos diz Moura (1996), 'temos que admitir o conteúdo de urgência da queixa, mas o trabalho é para que possa surgir uma demanda'. Por ser a urgência uma das ocasiões em que o sujeito se vê imerso em desamparo, é o CTI um local privilegiado para se discutir a construção lógica do tempo-realidade psíquica. [...] na urgência, a ruptura se faz do lado do paciente e das famílias. Nela, o sujeito é lançado ao desamparo e responde a ele de sua estrutura. (grifo do autor).

Na sala do Serviço Social a psicóloga solicitou à assistente social que fizesse uma ligação para o marido e a cunhada de Benedita. Todavia, durante o processo, já havia sido feita uma ligação anteriormente e os familiares não compareceram ao hospital. O pai, por estar em um novo trabalho, não atendia o celular. A assistente social perguntou à psicóloga se ela poderia fazer a ligação, sendo afirmativa a resposta. A psicóloga falou com a cunhada de Benedita e pediu-lhe que comparecesse ao hospital. Quando retornamos à UTI, a mãe de Matheus estava mais calma, quase dormindo na cadeira, ao lado do leito do filho. A psicóloga comunicou à Benedita o contato feito com a cunhada.

A enfermeira e a psicóloga decidiram-se por seguir até os respectivos setores de trabalho. A psicóloga nos convidou para conhecer o Serviço de Psicologia, ao que a enfermeira declarou desconhecer a localização do setor. O fato nos faz pensar que não deve existir um bom nível de interlocução entre a Central de Órgãos e o Serviço de Psicologia, principalmente porque o Serviço de Psicologia fica localizado no mesmo andar das UTI's e da emergência, local onde são registrados muitos casos de morte encefálica, embora nem todos os casos sejam acompanhados pelo Serviço de Psicologia.

Quando retornamos para a sala da Central, durante uma conversa sobre o caso a enfermeira opinou sobre a probabilidade de Benedita não consentir a doação porque parecia uma pessoa "rude", com muitas limitações. Segundo ela, a família não deveria ser entrevistada para a doação, pois a mãe já tinha manifestado, em um outro momento na UTI, o desejo de não doar. A profissional também revelou que o

exame seria repetido na tarde do dia seguinte. Nesse ponto, encerramos o acompanhamento do primeiro dia.

No dia imediato, ligamos logo cedo para a Central. A plantonista do dia, profissional responsável por dar continuidade ao processo, nos informou que estava aguardando o laudo com o resultado da avaliação do médico neurologista. Adiantou a informação de que no momento da realização do eletroencefalograma a técnica comunicou que o exame já não apresentava fluxo sanguíneo, sendo isoelétrico o resultado, ou seja, positivo para morte encefálica. A plantonista nos informou sua pretensão de fazer a entrevista familiar para doação tão logo o médico da UTI comunicasse à família o resultado do último exame do protocolo de morte encefálica.

Acompanhamos a enfermeira até a UTI. Durante o percurso, contou-nos que o pai e a tia do paciente estavam na unidade. E que já conhecia o caso porque havia dado um outro plantão naquela mesma semana. Seguem as palavras da enfermeira sobre o primeiro momento, quando iniciou o acompanhamento da família:

Estou acompanhando hoje, é o primeiro dia, né? Desde terça-feira, desde terça-feira, mas não tinha tido nenhum contato com a família, porque já tinham me passado que anteriormente tinham tido problema com a família, então preferi não ter contato com a família até o protocolo ser realmente fechado.

A enfermeira detalhou porque achava melhor não ter o contato antes:

Como já tinham me dito que a família era agressiva, a mãe, que ela é meio desequilibrada, então eu preferi não entrar em contato antes, até pra evitar dizer que a gente está indo lá pra pegar os órgãos, né? Então eu preferi não ter contato com a família.

Sobre a fala da profissional, chama-nos a atenção o fato da mesma ter dito que a mãe era agressiva e desequilibrada, motivo pelo qual preferiu manter-se distante. Qual o sentimento e o afeto teriam mobilizado a profissional para que ela temesse a aproximação da mãe? Na nossa compreensão, seria exatamente o oposto. Estar próxima dessa mãe, nesse momento tão difícil, tão doloroso, talvez pudesse contribuir favoravelmente para organizá-la subjetivamente e prepará-la para o momento da comunicação da ME, como também da possibilidade da doação. Benedita, além de ser informada sobre o processo da doação desde a abertura do protocolo, os exames realizados, até o fechamento, talvez pudesse estar mais organizada e entrar no processo de elaboração do luto.

Na UTI, a enfermeira da Central mostrou o laudo ao intensivista responsável pelo caso, o mesmo médico do dia anterior, e informou ao médico que o laudo do exame deu isoeétrico, ao que ele respondeu que comunicaria à família sobre a morte encefálica. Ela comentou que preferia falar com a família somente depois da comunicação. Enquanto a enfermeira aguardava, junto ao balcão da UTI, o comunicado do médico, entrou a psicóloga da unidade. Ela era a plantonista daquele dia. A psicóloga aproximou-se e conversou com a enfermeira a respeito da família, informou que já tinha entrevistado o pai em um plantão anterior e que ele mostrara-se mais tranquilo do que a mãe. Quanto à doação, ela não saberia dizer se eles doariam, mas que gostaria de levar a família para receber a notícia da morte encefálica na sala do Serviço de Psicologia. A enfermeira aceitou a sugestão e a psicóloga teve a iniciativa de conversar com o médico sobre o que sugerira à psicóloga, e ele concordou em ir até a sala da psicologia. Nesse ínterim, a enfermeira e o médico ficaram na UTI conversando sobre o caso. Seguimos com a psicóloga que conduziria a família até a referida sala. Na sala referida, a família ficou aguardando junto ao setor de psicologia. Ajudamos a psicóloga a organizar a sala para receber a família do paciente e os dois profissionais.

Seguem as palavras da enfermeira sobre a idéia que fazia da família antes de conhecê-la mais de perto, idéia antes do primeiro contato, que aconteceu somente no momento da entrevista familiar para doação:

Eu percebia através de um relato das colegas que estavam mais próximas, né? Que eram as profissionais da UTI e do relato da assistente social e da psicóloga, que elas já tinham estado com a família e me falaram que a família estava cheia de dúvidas, eles estavam um pouco agressivos. Que a mãe já tinha, no dia anterior, tinha tido um fato com uma das funcionárias daqui da Central de órgãos, né?

A enfermeira relata o referido fato:

Parece que ela [a médica neurologista] tinha dito que o exame tinha dado positivo pra morte encefálica e depois, quando ela veio pra sala [da Central] para realmente imprimir o exame, ela viu que tinha alguma atividade. E aí voltou para dizer pra mãe, e aí criou uma confusão na cabeça da mãe. Foi, causou uma confusão, então a mãe ficou totalmente desorientada, ainda mais que ela era uma pessoa é, que não tinha muita cultura.

Chama-nos a atenção que a profissional atribuiu a desorientação ao fato da mãe não ter muita cultura.

Na sala do Serviço de Psicologia, todos os integrantes da família foram acomodados, a mãe, o pai e as duas tias, inclusive o médico intensivista, todos estavam sentados. A enfermeira e a psicóloga estavam em pé porque não havia assentos disponíveis. O médico iniciou a comunicação informando que o resultado do exame comprovava o que já era esperado pela equipe, que não havia mais atividade no cérebro de Matheus, que era difícil falar, mas ele não estava mais com vida, estava com morte encefálica. Que não era uma notícia agradável de dar, disse, mas infelizmente tudo que era possível fazer havia sido feito, inclusive uma cirurgia neurológica. Todos estavam atentos, à escuta. Depois de alguns minutos, o pai balançou a cabeça confirmando e pronunciou algumas palavras. Disse que concordava que o filho tinha sido bem cuidado, mas sabia que seria muito difícil ele sobreviver. E referiu que quando pegou Marcos nos braços, no momento do socorro, o filho não expressou nenhum movimento. A mãe estava calada ao lado do pai. A tia perguntou se eles iriam esperar o coração parar de bater. O médico explicou que o coração estava batendo porque medicações para o coração bater estavam sendo utilizadas. Ele respirava porque o aparelho ajudava, complementou a enfermeira. O médico, no intuito de esclarecer a questão formulada pela tia, informou que o desligamento dos aparelhos dependia da decisão familiar sobre a doação de órgãos. Disse ainda que a enfermeira explicaria melhor. A enfermeira iniciou sua fala perguntando se eles queriam tirar algumas dúvidas com o médico. Pareceu-nos que a família teve poucos minutos para pensar e também para formular questões. Responderam que não tinham perguntas. O médico pediu licença e ausentou-se da sala. Então a entrevista para doação prosseguiu, dirigida pela enfermeira e a psicóloga.

Na entrevista da pesquisa, a enfermeira comentou sobre a frase do médico, explicando que o desligamento dos aparelhos dependia da decisão familiar sobre a doação.

Quando a gente falou de doação, que ia desligar, porque, sempre eu, quando eu falo, não gosto de falar assim: o que é que vai acontecer? Quando a família pergunta: o que é que vai acontecer? [Ela responde] Ah, ou vai doar os órgãos ou vai desligar, porque parece que é uma chantagem, né? Ou você dá ou eu desligo. Mas eu gosto de falar assim: não o que vai acontecer, agora, é que vocês podem tá doando os órgãos. [A família pergunta] E se a gente não doar? [Ela responde] Se vocês não doarem, vocês podem seguir e fazer o enterro normalmente.

Informa-nos ainda a enfermeira, de maneira muito peculiar:

A gente vai desligar porque de qualquer forma a gente vai desligar, eles doando ou não [...] Então, não é. [sugestão dela] Ah, se não doar vai desligar, não, vai desligar. Parece mesmo, quando você fala assim: vai acontecer o quê? Vocês podem doar, se você não doar vai desligar, parece que está chantageando. Se você não doar, eu desligo, agora, se você não doar, vai ficar aqui ligado na parede [risos]. Não é isso, você tem de deixar, não. [a sugestão outra vez] vocês podem doar, a opção que você tem é doar, a única opção que vocês tem é de doar, se você não quiser, aí você enterra seu familiar. Mas é a única opção, porque parece que você dá uma opção pra família ou você doa ou vai desligar. Aí gera a família falar: não, eu não quero que desligue. Como se isso fosse uma opção deles.

A enfermeira conclui esse raciocínio lembrando que, em um dos cursos que ela tomou, os instrutores levantaram a seguinte reflexão: se o corpo está morto para doar, então, por que não está morto para desligar os aparelhos? Talvez porque seja difícil para a família compreender a morte encefálica como sendo a morte real.

Vale referir, mais uma vez, considerando o tempo lógico proposto por Lacan, que o tempo compreendido entre o “instante de ver” e o “momento de concluir” talvez tenha sido muito curto. Entre ambos, existe o “tempo de compreender”. No hospital, em casos de situações emergenciais, nem sempre é possível dispor de uma escuta que considere o tempo lógico. Entretanto, cabe ao profissional designado a atender as questões subjetivas realizar uma escuta que sustente a angústia e o tempo dos familiares. A entrada na elaboração do luto deve acontecer a partir do tempo de compreender. Pensamos, ainda, que o tempo de compreender deva ser relativo e singular para cada sujeito. Pode ser longo ou curto, a depender da reação de cada sujeito frente às perdas impostas pela vida. Concluimos que seria fundamental escutar os membros da família durante todo o processo, considerando a singularidade de cada caso.

Em continuidade à entrevista familiar para doação de órgãos, quando a enfermeira começou a falar, após a saída do médico, ela retomou a fala dele sobre o diagnóstico de morte encefálica e logo mencionou sobre o tema da doação de órgãos. A mãe balançou a cabeça negativamente e disse: *“Não quero doar nada, meu filho já sofreu muito e eu não quero que abra ele para tirar órgãos, eu quero que ele volte a terra assim como ele veio”*.

Após a fala da mãe, todos os familiares ficaram calados, em respeito à decisão dela. A enfermeira, de maneira cuidadosa, argumentou sobre a possibilidade de ajudar outras pessoas através da doação, entretanto eles não

conseguiram escutar, as tias começaram a falar ao mesmo tempo. O pai não chegou a expressar o que pensava. A mãe disse que queria *andar logo, sair dali* e foi levantando e perguntando o que deveriam fazer. A enfermeira disse que o corpo seria encaminhado para o Instituto Médico Legal (IML), porque havia sido uma morte violenta, e que a assistente social explicaria melhor. Todos se levantaram para dirigir-se ao Serviço Social.

Durante o percurso, a enfermeira despediu-se da família e da psicóloga, e comunicou que precisava seguir para a sala da Central. Acompanhamos a psicóloga e a família até o Serviço Social, local onde seria encerrado o trabalho com a família. Ainda no corredor, a tia parou e apresentou dúvidas sobre o desligamento dos aparelhos, demonstrava não ter compreendido que o sobrinho estava morto. Ficou parada enquanto questionava o desligamento e ouvia a psicóloga, que, atenta, explicou os procedimentos, e, ao final conseguiu conduzir a família para o Serviço Social. Ressalta-se ser fundamental que o profissional que realiza a entrevista familiar para doação prossiga acompanhando a família até o último momento, independente da decisão sobre a doação.

Na entrevista da pesquisa, a enfermeira fala o motivo pelo qual subiu para a sala da Central, antes de terminar o processo com a família:

Eu fui lá na UTI ainda, eu fui acompanhar para ver se ia desligar. Eu gosto de ir até o fim pra ver, aí o pessoal da equipe pediu que não... [pensando]. Aí disse que quando vai no Serviço Social, às vezes quer ir lá, ver realmente, a última visita. Aí eu não insisti, porque eu fiquei com medo dele desligar e a mãe dizer queria ver também. Aí ele falou: olhe, [nome da enfermeira], vamos esperar um pouco porque às vezes ele quer ver, sete horas a gente desliga porque é na hora da mudança de plantão, e a gente não vai poder ficar rendendo com um paciente já morto a noite toda aqui na UTI, não é?

A profissional disse que sempre gosta de ir até o final. Porém nesse caso, pareceu-nos que ela teve dificuldades para explicar o motivo pelo qual ela deixou os familiares antes do processo ser encerrado. Teria recuado por algo relacionado ao afeto, à angústia?

Segue a percepção da enfermeira sobre os sentimentos da família quando o médico falou da morte:

É, pelo que me disseram, pelo que me disseram eu pensei que, eu entendi que eles não tinham caído muito a ficha, quando foi dada a notícia, porque sempre disseram que a mulher era escandalosa. Que era aquilo, que a mãe fazia um escândalo e na hora H ela ficou calada, né? E a tia, que me parecia mais, ser entendida, ela depois fez um escândalo, né? Porque não queria que desligasse. Então, realmente ela não entendeu o que eu estava dizendo, porque se dizia que ele estava morto e ela achando que se desligasse que ele morreria, né?

Quando adentramos a sala do Serviço Social, os quatro familiares sentaram e foram informados pela assistente social da necessidade da ida do corpo para o Instituto Médico Legal (IML). Nesse momento, uma das tias disse que queria acompanhar a saída do corpo do hospital para o IML. A assistente social informou que não seria possível porque não existia uma hora marcada para o carro do IML buscar o corpo, que o IML poderia buscar o corpo durante a madrugada. Sendo assim, os familiares deveriam retirar o corpo pela manhã no IML. A tia alegou que precisava ver se o corpo do sobrinho iria sair do hospital *fechado*, sem ter sido *mexido para tirar os órgãos*. No Serviço Social, a tia falou, em tom de voz bem alto: *“Desde o primeiro dia que ele entrou aqui a preocupação deles [equipe do hospital] era de doar os órgãos e não de cuidar para ele ficar bom” (SIC)*.

Nesse momento, ficou evidente que a tia estava expressando desconfiança e indignação com o processo. Segue, nas palavras da enfermeira, sua opinião sobre o comentário da tia:

É porque realmente alguém falou alguma coisa com ela e eu tenho a impressão que foi o primeiro médico da UTI. Quando ele falou de que tinha uma suspeita de morte cerebral, ele provavelmente deve ter tocado no assunto e aí depois disso toda vez ela perguntava. As pessoas queriam dizer algo, talvez para consolar e acabam falando de doação. E, aí, atrapalha todo o trabalho, as pessoas até deixam de doar porque pensam que a gente tá só fazendo isso só para doar.

Consideramos a importância da equipe do hospital rever o modelo de comunicação vigente de somente falar com a família sobre a doação quando o protocolo está fechado. Em outro caso, já tecemos considerações acerca do assunto. Entretanto, a prática mostra ser comum que as famílias já tenham ouvido sobre o tema da doação por outros profissionais da unidade, ou por vizinhos ou pelos canais de comunicação. No hospital, nem sempre os profissionais estão treinados para falar do referido tema. Em muitos casos, a antecipação da notícia

acaba atrapalhando. Todavia, consideramos que caberia escutar a família e sustentar o tema da doação, caso a questão surja antecipadamente.

Voltamos para a sala do Serviço Social e lá havia vários profissionais. Todos ouviram as colocações da família. A mãe reafirmou que não queria doar os órgãos, a tia disse que queria ligar para um médico conhecido e falar com um político conhecido sobre a situação do desligamento dos aparelhos. Disse ainda que não queria que desligassem os aparelhos e afirmou estar desabafando porque desde o início só falavam em doação de órgãos, que estava abafada desde o primeiro dia. Ela e os outros familiares afiançaram que a outra tia havia sido destrutada. E mais: *“Parece que ficaram enrolando para chegar até agora e dizer que pode até doar o órgão”*.

A psicóloga tentou acalmar a mãe e a tia esclarecendo os fatos. O pai era o mais equilibrado, o mais sensato dos familiares e demonstrava estar compreendendo as orientações da assistente social. A psicóloga fez mais uma intervenção ao perguntar se eles gostariam de voltar à UTI e tirar dúvidas com o médico sobre o desligamento dos aparelhos. A tia acolheu a ideia imediatamente. A psicóloga e a assistente social conduziram então a família até a UTI. A tia estava desorganizada, dominada pela fantasia de que haveria a retirada dos órgãos por parte da equipe durante a madrugada.

A enfermeira contou sobre uma conversa dela com a tia à saída do Serviço de Psicologia, quando terminou a entrevista da doação. Nas palavras da enfermeira:

Inclusive eu tinha explicado à tia mais cedo, ela me perguntou por que que não disseram logo antes [da doação]. Eu falei porque quando se trata de um diagnóstico que é tão difícil que vai decidir entre a vida e a morte, a gente tem que ter muita cautela e quando surge qualquer dúvida [do diagnóstico] tudo tem que ser interrompido e reiniciado. Então, a gente não pode deixar margem pra dúvida, tem que ser algo claro. Por isso que na hora que eu falei vocês tem alguma dúvida [na entrevista da doação] a respeito do que ele falou [o médico] e do que eu estou dizendo? “Não”, na verdade tinha, né? Mil dúvidas, e não falaram.

Concordamos com a opinião da profissional de que eles tinham dúvidas e não falaram. Talvez motivados pelo impacto da notícia da morte encefálica, juntamente com a falta de tempo durante a entrevista para doação, e a equipe não ter contribuído para que alguns membros da família pudessem expressar os conteúdos subjetivos necessários, como: dúvidas, angústia, emoções e sentimentos que estivessem relacionados ao processo.

A psicóloga e a assistente social ficaram com a família no corredor da UTI aguardando o médico. A mãe decidiu que queria entrar na unidade para ver o filho; a psicóloga a acompanhou. A tia continuava ansiosa, falando e expondo dúvidas sobre o diagnóstico do sobrinho. Diante dos fatos, a assistente social achou por bem informar que a família poderia acompanhar o desligamento dos aparelhos; instante em que a tia anunciou que gostaria de acompanhar, e passou a insistir para que o pai fosse ver o desligamento. Nesse momento perguntamos à tia porque ela insistia para que o pai assistisse o desligamento, se na realidade a dúvida estava sendo dela. Ainda foi posto que a situação seria de muito sofrimento para os pais, todavia, ela poderia assistir ao desligamento dos aparelhos, caso desejasse. Ela parou por um instante e disse que não queria assistir. Então a aconselharam a ter mais calma e confiança nas informações que estavam sendo prestadas ali, e novamente foi explicado o processo de doação, chamando a atenção para a seriedade com que se tratava do assunto. Nesse ínterim, a psicóloga voltou da unidade com a mãe. A tia parecia mais calma e a família decidiu ir para casa, e somente no dia seguinte retirar o corpo no IML.

Depois que a família saiu, a psicóloga conversou mais um pouco sobre o caso, referiu a falta de aproximação entre os profissionais da Central e os psicólogos assistentes, aqueles profissionais que acompanham as famílias e estão lotados nas UTI's e na emergência. Na percepção dela, deveria haver uma maior interação entre eles.

Na entrevista da pesquisa, a enfermeira falou sobre o momento que ela considerou mais difícil para a família:

Eu acho que, que eles representaram mais dificuldade pra mim, difícil foi quando ficaram sabendo que iam, que o corpo iria ser encaminhado para o IML, que seria realmente desligado o aparelho. Porque nem quando o médico falou em doação ou em morte eles não manjaram nada, acho que eles pensaram, que na cabeça da tia, eu acho, que tá vivo e que ia ficar ligado tudo e não ia enterrar, que ia esperar o coração parar. Quando a gente falou que agora vocês vão enterrar, seu familiar vai pro IML, de lá vai... Até o pai entendeu porque tem a ver de que foi que ele morreu, né? Como foi. Eu fiz foi, eu falei, é isso mesmo, o senhor tá certo porque foi um valor externo [acidente]. E a tia ficou nervosa porque ela queria ligar pra alguém parece que ela conhece alguém na Secretaria de Saúde de Simões Filho, porque eles são de Simões Filho. Queria ligar pra ver se eles mudavam tudo. Ela não entendeu que algo, que é uma Lei, uma rotina, uma norma regida pelo Conselho Regional de Medicina, não é algo nosso que a gente fez agora ali.

Na percepção da enfermeira, as palavras que representaram os sentimentos positivos e negativos apresentados pela família:

Eu acho que eu vi de positivo quando a tia veio procurar, antes de saber que tava realmente morto. Foi perguntar como é que tudo tava sendo acompanhado e ela questionou como era a Central de órgãos e eu expliquei que a gente estava aqui, mas não fazia parte do hospital, que a gente tava aqui porque era um hospital que tinha mais acidentes, que era referência em trauma, então, tem mais pacientes com esse diagnóstico, e eu achei que seria já um bom caminho quando ela falou isso. E quando ela falou também que se o filho precisou ou se o sobrinho precisou de um transplante de sangue. Acho que de negativo foi a própria família, o próprio conhecimento da família mesmo.

Para finalizar, a enfermeira falou sobre os sentimentos dela durante o processo:

Eu sempre que dou uma notícia para alguém, mas foi o médico que deu, mas a gente tava acompanhando, né? Eu sou muito sensível, eu fico muito triste, ainda mais quando a família, ao mesmo tempo que se diz que tá morto, [perguntamos] à família se quer doar, não foi o caso deles. A gente fica triste porque confirma que um menino de 12 anos morreu, mas ao mesmo tempo eu fiquei aliviada, porque já era uma história que estava desde segunda-feira trazendo sofrimento para a família, de é ou não é, e eu acho que o sentimento que mais prevaleceu na minha cabeça, na hora que foi passado pra ela que tava morto foi de alívio, porque acho que já tavam sofrendo demais. Tavam vindo aqui e lá embaixo questionando as pessoas da UTI. As pessoas estavam com medo de ser agredidas, porque nunca fechava, acharam que a culpa era nossa de não ter fechado o protocolo, os profissionais, aí, quando realmente fechou, que confirmou que tinha morrido, me senti um pouco mais aliviada também, que agora realmente ia dar um fim, né, para aquilo ali, ou doariam ou eles poderiam enterrar, né, não ficaria aquele negócio perpetuando.

CASO 7

A FALTA DE TEMPO NA DOAÇÃO: DO INSTANTE DE VER À IMPOSSIBILIDADE DE CONCLUIR

Damos início a este caso a partir da entrevista concedida pela médica que conduziu a entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos para transplantes. A entrevista com a profissional aconteceu em uma sala reservada após o acompanhamento do referido caso. A profissional nos informou que tinha 10 anos de formada e trabalhava na Central de Órgãos há um ano. Trata-se do caso de um paciente de 18 anos, vítima de um tiro de arma ocorrido no bairro onde residia. A causa não foi muito bem esclarecida. Segundo seu padrasto, o paciente foi criado por ele e pela mãe desde os dois anos de idade. Atualmente, ele residia com uma companheira, em um bairro vizinho.

Durante a entrevista relativa à pesquisa, perguntamos à profissional há quanto tempo ela vinha acompanhando o caso. Eis as palavras dela: *“Conheci hoje [risos] porque é plantão, né? Eu trabalho aqui só uma vez por semana, acontece de ter um paciente de uma quarta para uma sexta, então, eu só conheci hoje”*.

Perguntamos sobre o primeiro contato com a família, se ocorreu na beira do leito enquanto o padrasto estava ali olhando para o paciente. Sobre esse momento específico, indagamos o que a médica havia dito ao padrasto ele. São palavras da médica:

Sim, sim, na beira do leito, porque depois a gente foi pra Assistente Social. Na beira do leito eu falei pra ele sobre o resultado do protocolo pra morte encefálica, falei que tinha sido positivo para a morte encefálica e que a gente precisaria conversar apenas isso.

Sobre a colocação acima, é importante ressaltar que o diagnóstico positivo de morte encefálica significa dizer que o paciente está morto. A resolução do Conselho de Medicina nº 1.826/07 diz que é legal e ética a suspensão dos procedimentos de suporte terapêutico quando determinada a morte encefálica, e que o atestado de óbito deve ser preenchido com o horário em que foi constatada a morte encefálica.

Nesses casos, a morte não mais está diretamente relacionada com o tempo de parada do coração. O tempo de parada do coração é relativo, vai depender do momento em que os profissionais desligam os aparelhos. Nas situações em que a família faz a doação dos órgãos, os aparelhos serão desligados somente após o término da cirurgia para retirada dos órgãos. Nos casos em que a família não concede a doação, na maioria das vezes, os aparelhos são desligados logo após a decisão familiar de não doar. Entretanto, em alguns casos, a família decide não doar, mas faz um pedido à equipe para que não sejam desligados os aparelhos logo após a decisão, pede-se que o médico espere até o coração parar de bater. Na nossa experiência profissional, observamos que esses familiares geralmente têm a informação da equipe de que o médico é autorizado pelo Conselho de Medicina a desligar os aparelhos porque o paciente já não tem vida. Nesses casos, as famílias também têm esclarecidas as dúvidas sobre a parada do coração, são informados de que o coração para de pulsar porque as medicações que o mantinham batendo são suspensas. Durante a realização do nosso estudo, aconteceram alguns casos em que a equipe atendeu ao pedido da família. Pareceu-nos sensato respeitar tal pedido, na medida em que a solicitação não esteja pondo em risco a vida de outros pacientes. Referimo-nos à ocupação de um leito de UTI, porque existe sempre uma demanda por leitos bem maior do que a oferta.

A partir desse pedido, e do direito assegurado por lei, o médico intensivista, responsável pelo caso, tem autonomia para decidir qual deve ser o momento para desligar os aparelhos, se o faz logo após a saída da família do hospital ou se espera o coração parar, conforme o desejo da família. Em alguns casos, o desligamento acontece logo após a saída da família do hospital; em outros, no momento da mudança do plantão. De um modo geral, é considerada uma atitude muito desumana desligar os aparelhos na presença dos familiares.

Especificamente neste caso, o padrasto recebeu a comunicação que o filho estava em morte encefálica, quando estava em visita ao enteado na UTI, na beira do leito. Essa atitude nos chamou a atenção. Na percepção e nas palavras da médica que realizou a entrevista para doação:

A reação dele foi de quem não tinha ouvido muito bem e que precisava ir para um lugar mais calmo. Aí foi quando a gente foi para o Serviço Social e eu voltei de novo sobre o mesmo tema, que tinha é, é, feito um protocolo para a morte encefálica e que o protocolo tinha sido positivo.

Consideramos essa “reação de quem não tinha ouvido muito bem” uma denegação da realidade, mecanismo de defesa utilizado em muitos casos, quando o ego tenta se defender da comunicação de uma má notícia.

Após, o familiar seguiu para a sala do Serviço Social acompanhado pela médica que conduziu a entrevista familiar para doação, e também pela enfermeira, ambas da Central. Na entrada da sala ele pediu à médica para aguardar um momento, pois iria buscar a companheira do paciente, que se encontrava na porta do hospital aguardando o revezamento da visita. Ambos chegaram ao Serviço Social e foram convidados a sentar; a médica também estava sentada e a enfermeira ficou ao lado deles. Como abordado em outros casos, na sala do Serviço Social havia diversas pessoas, inclusive familiares de outros pacientes. A entrevista foi realizada, apesar da falta de privacidade e do barulho causado pelas conversas paralelas. A médica iniciou a entrevista dizendo que os exames realizados confirmaram a morte encefálica, e informou que o paciente estava morto. A companheira começou a chorar de forma contida e, como se não tivesse escutado o que havia sido colocado pela médica, indagou se ele estava morto. O padrasto perguntou se era isso mesmo, se não tinha mais jeito. A médica respondeu: “*infelizmente, não*”.

Durante a entrevista da pesquisa, quando a médica foi indagada sobre sua percepção quanto à reação do familiar diante da comunicação da morte encefálica, assim se pronunciou:

Aí eu acho que foi quando ele realmente entendeu a situação do que é que tinha acontecido, porque até o momento eu acho que ele ainda não tinha noção do que é que tava acontecendo, eu acho que foi quando ele realmente tomou pé da situação, foi quando ele parou, chorou, né? Foi quando, como a gente diz, caiu a ficha né, do que realmente tava acontecendo. Foi quando falou que tinha acontecido a morte cerebral do paciente.

Observamos que o pai abaixou a cabeça por um instante enquanto chorava e, quando voltou a dirigir seu olhar para a médica, ela logo falou da possibilidade da doação. Sobre esse momento da reação do pai, dos sentimentos dele, a médica revelou como ela os percebeu: “*eu acho que de dor mesmo, dor por perda, a dor da perda mesmo. Ele tava meio, ele não tava muito centrado depois disso, ele não ficou muito centrado. A dor mesmo da perda de um filho, né? A dor da perda de um filho mesmo*”.

Ainda na entrevista da pesquisa, perguntamos à profissional como ela percebeu aquele momento específico, quando o pai expressou seus sentimentos. Nas palavras dela: “na realidade, o pai ficou parado por um instante, pensativo, e logo respondeu que precisava ligar para a mãe do paciente, sua companheira, que estava no interior [nome do interior] aguardando notícias do filho”.

A respeito desse momento, pensamos em algumas questões, dentre elas: será que caberia perguntar como ele estava se sentindo diante da notícia? Consideramos fundamental escutá-lo, inclusive antes de mencionar o tema da doação. A partir da escuta ao padrasto, poderia ser possível conhecer alguns argumentos que o levaram à negação sobre a doação. Como também, a partir da escuta, o profissional teria acesso a manifestações afetivas ou mesmo a traços de uma angústia latente.

A médica, em seguida, falou que iria aguardar o retorno da ligação da mãe do paciente e informou que os aparelhos seriam desligados após a decisão familiar sobre a doação. Logo depois desse diálogo, o pai ligou para o interior, do próprio celular, em nossa presença, e informou a uma pessoa da família sobre a morte do filho. Disse que precisava da presença da mulher em Salvador, para [...] “autorizar que os médicos desligassem os aparelhos” (SIC).

Diante da fala do padrasto, ficou claro que ele não compreendeu o que a médica havia comunicado. Ele ainda estava com o telefone ligado, falando com a companheira, quando a médica o interrompeu para esclarecer que os aparelhos seriam desligados independentemente da decisão dela. E continuou a dar explicações a serem repassadas através do telefone. O que ela precisa definir, a médica repetiu, é a decisão sobre a doação. O pai repassou a explicação e logo desligou o celular. Ele então falou para a médica que isso somente a mulher poderia decidir, mas na opinião dele não deveria doar. Ele explicou: “acho que ele deveria voltar como veio” (SIC).

A médica não contra-argumentou, apenas informou que era importante a comunicação da decisão familiar sobre a doação. E que o corpo iria para o Instituto Médico Legal (IML) porque se tratava de uma morte violenta. O padrasto questionou a ida do corpo para o IML, e demonstrou incômodo pelo fato de precisar “abrir o corpo” (SIC). Mostrou-se desconfiado e disse que nesse caso era preciso acompanhar a autópsia. Ele provavelmente supôs que a equipe poderia tirar alguns órgãos durante a autópsia. Isso nos revela a falta de credibilidade, a desconfiança

do processo, conforme referem alguns autores. A médica prosseguiu e esclareceu que os órgãos só “[...] *serviriam para doação enquanto ele estivesse ligado aos aparelhos, com o coração ainda batendo*. Ela foi enfática ao dizer que depois dos aparelhos desligados, do coração parado, *nada mais serviria*. (SIC).

O padrasto garantiu que daria uma resposta assim que a mãe retornasse a ligação. A médica concluiu a conversa dizendo que o pai poderia comunicar a decisão da família no Serviço Social ou no andar superior, na sala da Central. No dia seguinte, quando ligamos para saber sobre a decisão familiar, fomos informados que esse foi mais um caso que entrava na estatística como negativa familiar para doação.

Na entrevista da pesquisa, perguntamos à médica a percepção dela sobre os sentimentos expressos pelo padrasto no momento em que ela falou da doação de órgãos. Nas palavras da profissional:

Chorou um pouco quando a gente falou de doação. Ele expressou a opinião dele de que era contra doação, né? Porque depois de morto não queria que abrisse e quando eu falei pra ele que, como era um caso de morte violenta, teria que ser feita uma necropsia, né? No Instituto Médico Legal, ele se mostrou, é, na verdade, é desconfiado, né? Dessa necropsia, no intuito, parecendo que a gente tinha o intuito de fazer necropsia para poder retirar os órgãos.

A médica concluiu:

É, ele chegou a falar, chegou a falar que ia acompanhar a necropsia pra que não se tirasse nenhum órgão do paciente, então isso é, na verdade, isso é desconhecimento sobre o processo. Isso faz levar à recusa, você não sabe o que é, é desconhecido pra você, então você não quer. Então, poderia ser trabalhado durante esse processo, aí a questão da doação em si, como é feita, pra que serve, como é que pode ser feito, do que pegar e num momento de dor desse e colocar como se fosse de supetão, entendeu?.

Na entrevista da pesquisa com a médica, falamos ainda sobre a questão do tempo entre a comunicação para a família do diagnóstico da morte encefálica, ou seja, da morte e a introdução do tema da doação de órgãos. A profissional nos disse:

Eu acho assim, que quando a gente tem um paciente com suspeita de morte cerebral, isso tem que ser trabalhado durante todo o internamento, né? Desde a suspeita até o estágio final, eu acho que como é feito aqui, eu acho que é muito em cima. Então, você pega as pessoas em um momento

de dor, num momento de tristeza, num momento, eu acho que isso influi na recusa, isso vai influir, influenciar na recusa da doação, então eu dou a notícia de morte cerebral e em seguida eu falo sobre a doação de órgãos. Então nesse momento eu acho que a pessoa não está muito orientada, está um pouco desorientada, acabou de ter a notícia que o ente morreu, então, não tá muito centrada para decidir uma coisa importante, se vai doar ou se não vai doar os órgãos, né? Eu acho que esse tempo é pequeno, e aqui, nessa entrevista então, foi muito pequeno. Ele deve ser trabalhado durante o processo do protocolo.

Concordamos com a visão da médica no que se refere ao tempo oferecido à família entre a abertura do protocolo até a entrevista familiar para doação. Entretanto, nos chama a atenção o fato da profissional, apesar de apresentar tal compreensão sobre a relevância do tempo nesse processo, em sua prática, nesse caso, não ofereceu à família o tempo necessário para que o padraço pudesse expressar os impasses subjetivos que envolviam dor, perda, medo, culpa e sofrimento, dentre outros.

Como temos a intenção de chegar ao momento de concluir este caso, finalizamos com as palavras da profissional sobre o momento com que deveria ser trabalhado o tema da doação:

É, desde que se tem a suspeita e aí vai se trabalhando o tema, né? Por que é, fica difícil pra pessoa, na hora da notícia, resolver se vai ou não doar, não é? Muito em cima, e é um momento muito difícil. É um momento em que ela não tá nem raciocinando direito, imagine pra decidir se vai ou não doar, não é? Acho que poderia ser um tempo maior de trabalho e isso vai influenciar na recusa do paciente, provavelmente.

A médica teve o tempo necessário para compreender esse processo e, quando indagada sobre o fato da Central ter vários plantonistas para desenvolver o trabalho, desde a abertura do protocolo até a entrevista familiar, ela respondeu inclusive sugerindo como o processo poderia ser diferente. Palavras dela:

Acho, é, tem, tem isso, tem plantonista, mas assim, a equipe da UTI, ela não se envolve muito nesse processo, então fica com a gente o processo, né? E aí, é desde o começo do processo, fala-se muito sobre o processo em si, fala-se muito sobre o processo em si, sobre o que é que tá sendo feito no exame, mas não se fala sobre doação, né? A gente explica todo o processo, a gente explica tudo, não se fala de doação, eu acho que é um assunto que tem que ser trabalhado, não colocado logo todo, né? Mas é um assunto que tem de ser trabalhado desde o começo, ir botando aos

pouquinhos, aos pouquinhos, pra quando chegar no final a pessoa já ter até uma opinião formada sobre o assunto, né? Ter esclarecido as dúvidas, porque vai ter muita dúvida no final do processo, não é a hora mais de tirar, ele vai simplesmente recusar né? Ele não vai ficar ali perguntando as dúvidas como foi o caso, né?

Para concluir, vale ressaltar que, durante a entrevista com a médica, ficou claro que ela considera o tempo como elemento fundamental para a compreensão do processo de doação. Ela refere que é importante introduzir o tema da doação antes do fechamento do protocolo de morte encefálica. Sabemos que falar desse assunto, quando o paciente ainda não está morto, é muito delicado. A depender da família, pode-se considerar uma agressão falar de doação nesse momento. Entretanto, outras famílias questionam o motivo pelo qual o tema não foi conversado antes da morte encefálica. Concluímos que não podemos tomar um modelo de condução e generalizar para todos os casos. É preciso avaliar e conduzir cada caso de acordo com a demanda de cada familiar. Tomar cada caso na sua singularidade é uma maneira mais humanizada e cuidadosa de conduzir o referido processo.

Aqui, vamos lembrar mais uma vez que é fundamental analisar a questão do tempo oferecido à família para que a mesma apresente condições de concluir sobre a sua decisão em relação à doação. Sobre a perspectiva do tempo, recorreremos ao texto de Lacan “O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada: um novo sofisma” (1945). Fizemos uma reflexão a partir das três moções temporais: o instante de ver, o tempo de compreender e o momento de concluir. Pensamos que o padraço ainda estava no instante de ver quando foi convocado a decidir sobre a doação. Parece que no processo de doação não é permitido um tempo para compreender. A partir desse, pensamos que ele poderia chegar ao momento de concluir a morte de maneira menos dolorosa. Independente da sua decisão, vale ressaltar que, quando consideramos o tempo subjetivo do familiar, fechamos o processo de forma ética e respeitosa.

Sobre o tempo lógico, seguem-se as palavras de Silva (2003, p. 13):

[...] na escansão do tempo lógico, o tempo é um evento significativo, sendo que, na análise, o tempo privilegiado é o tempo de concluir. Na práxis da urgência, “clínica das pessoas que, no momento do desespero, não falam e, se falam, não articulam a fala ao dizer”, o tempo de ver e o de concluir são insuportáveis para o sujeito, e o analista, sob o paradigma do tempo lógico, irá privilegiar o tempo de compreender. (Grifos do autor).

CASO 8

ROSA, UM CASO DE ANGÚSTIA, SOFRIMENTO, DESESPERO E “DÚVIDA MENTAL SENTIMENTAL”

- [...] Porque quando a gente ama, temos que passar por todo esse sofrimento, por quê? É a incógnita da vida que a gente não consegue resolver nem explicar e até hoje eu sinto dentro de mim. Ainda não aceito. Não entendo quando as pessoas dizem assim é da vontade de Deus. Porque é da vontade de Deus que seus filhos sofram dessa forma? Que seja rompido um laço, né? Onde você tem uma base, uma estrutura, um alicerce e você se perde, é pra haver sofrimento? É o que eu não sei. Isso tudo que acontece com a gente, isso tudo que ta ocorrendo, quando eu digo com a gente, é, em geral, com as pessoas é pra que? Espera que isso é amadurecimento? Isso é aprendizado? Não conseguiria aprender, até hoje. Não sei, em religião nenhuma, como poderia explicar o porquê desse processo, desse sofrimento? Por que o sofrimento não é pra quem vai, é pra quem fica. É muito triste e é complicado, muito complicado, eu não consigo ainda sentimentalmente, ainda não to preparada, não consigo ainda, a gente chegou a conclusão, assim, junto com minha família, minha cunhada, a gente chegou a dizer assim: vamos pensar que ela ta viajando, ela está viajando para que nosso coração venha a se fortalecer, não venha entrar em desespero, então pra todo efeito ela ta viajando. Essa viagem pode ser longa, duradoura e a gente sabe que é para sempre, mas é essa esperança que faz com que nossos sentimentos fique mais tranqüilo. Não entre em desespero, pra gente não ficar doente, pra gente não entrar em uma depressão, agora entender e aceitar eu não entendo, eu não aceito. Não teve nem religião nenhuma, ainda embora eu gosto do cristianismo que ainda me fez entender o porquê desse processo, o porquê é uma incógnita da vida que a gente não consegue ainda entender o porquê.

Essa reflexão aconteceu durante a entrevista para a pesquisa realizada com a irmã de uma paciente de 30 anos. A paciente sofreu um grave traumatismo crânio encefálico em decorrência de um acidente de moto. A irmã que nos concedeu a entrevista da pesquisa será identificada por Rosa. Em sua fala, ela questiona a própria convicção religiosa, momento em que dirigiu algumas perguntas a Deus, em função do seu sofrimento. Também nos chamou a atenção a maneira que Rosa e sua família encontraram para se proteger da difícil realidade da morte. Eles combinaram que seria melhor pensar que a paciente estivesse em viagem, percorrendo um longo roteiro. Talvez essa tenha sido a maneira que os familiares

encontraram para amenizar a dor, a angústia, o desespero e o encontro com o real. Rodrigues (1996, p. 63) expõe:

A cultura oferecerá inúmeras formas para atenuar essa dor. A religião, a ciência e as drogas são algumas dessas formas, destacadas por Freud. A religião, cujo sentido é re-ligar (re-ligio), sustenta a promessa de re-ligar o homem ao estado perdido da natureza, o paraíso.

Rosa nos disse, durante a entrevista da pesquisa, que passou o domingo inteiro em companhia da irmã. Ela estava acompanhada da paciente até poucas horas antes do acidente. Sobre o impacto ao saber do acidente, ela disse:

Assim, foi um pesadelo porque você não esperava. Uma pessoa estar bem, você ter contato com essa pessoa durante o dia todo e em questão de segundos, assim, você vê que aquilo tudo que você viveu, já está vivendo, já é passado. Aquele presente ali, a pessoa que você ama está hospitalizada lutando a favor de sua vida, é muito complicado, então, a família se desestruturou, um desequilíbrio, uma falta de entendimento, assim a gente começa a julgar até a si própria, por que comigo? Por que ela? Até pela pessoa que era ela, quem era ela, além dela na sociedade, como familiar, entendeu?

Através dessa fala, Rosa demonstrou certo abalo em sua crença religiosa. Na realidade cotidiana, o homem acredita que é protegido por uma ordem existente no universo, de forma tal que nada de mal pode lhe acontecer. Entretanto, situações inesperadas, de perdas, de mutilações, de mortes repentinas, podem levar o sujeito a rupturas com suas crenças. A religião serve como uma âncora, em muitos casos ela vai tamponar a angústia inerente ao ser humano. Quando as certezas e as ilusões são quebradas, o sujeito pode apresentar-se angustiado e indagar-se: por que aconteceu logo comigo? Quem sou eu a partir de agora? Para tais indagações podemos oferecer acolhimento e escuta, considerando sempre o tempo de cada sujeito.

Durante a entrevista da pesquisa, solicitamos a Rosa que falasse sobre seus sentimentos, quando soube que o quadro de saúde da irmã era grave:

O amor, o amor por ela, assim, pela determinação de ela tá ali, embora o quadro [...] quando o médico olhou pra mim e disse eu vou dar a ela até de madrugada e passou a madrugada, ela resistiu e passou um dia e ela resistiu, passou dois dias, ela resistiu, então, foi uma surpresa até mesmo

pros médicos que naquele momento pelo, pela gravidade da situação que ela estava vivendo, que ela estava passando, ela estava ali, lutando pra viver entendeu? Lutando ali, eu não sei se foi com a palavra, não sei se ela percebeu que os familiares estavam próximos dela, eu não sei como explicar. O médico falou aparentemente, a análise médica é com base em estudos científicos [...].

Desde o início, quando a paciente chegou muito grave e o médico expressou sua opinião diante da gravidade, daquilo que se apresentava clinicamente, Rosa apresentou um quadro de denegação da realidade. Dessa maneira, desde a abertura do protocolo de morte encefálica, ela apresentou uma atitude que negava a realidade que lhe apresentavam:

É assim, a gente não consegue entender, até porque é tipo assim, a gente não tem um estudo científico a respeito de um determinado assunto. Se torna novo, a gente ouve falar, mas, assim, você vivenciar aquilo é difícil, quando ele falou pra mim que tava suspeitando de morte encefálica, houve um desequilíbrio, novamente embora a gente tava ali, todo mundo naquela esperança né, de vida, de ela sair daquele quadro, daquele pesadelo.

Dois aspectos chamam a atenção nesse recorte da fala de Rose: o primeiro ela reporta que não consegue entender a respeito de um determinado assunto. Porque será que Rosa apresentou dificuldades para entender a possibilidade de morte de sua irmã? Quais mecanismos a impediram de compreender que sua irmã estava com suspeita de morte encefálica? O segundo, refere-se ao significante desequilíbrio. Este nos leva a pensar na entrevista familiar para doação, preconizada pelo Manual de Referencia do Programa Integral Europeu para la Donación de Organos (E.D.H.E.P. dt.n.id.), segundo o qual o desequilíbrio impede um processo de compreensão e entendimento sobre a morte encefálica; também compromete a decisão sobre a doação. Referida questão será discutida ao longo do caso. Antecipamos, todavia, a abordagem ao informar que o desequilíbrio se deve ao impacto da notícia, ao abalo sofrido pelo ego. Compreendemos que é fundamental oferecer acolhimento, escuta e tempo para que o sujeito possa encontrar um novo ponto de ancoramento subjetivo.

Na entrevista, Rosa fala sobre a percepção dela durante a fase dos exames de morte encefálica: “*é, quando o médico disse assim, há um fluxo, embora todos os exames já deram positivos, é uma esperança*”. Explica ainda:

Entendeu? Nós, seres humanos somos egoístas porque embora tenha uma pessoa ali na cama sofrendo, só em ta ali, a gente vê entendeu? É como se fosse um paliativo pra gente que ta passando por aquela aflição. Então, quando o médico disse assim, tem um fluxo, assim, pra gente é como se ele tivesse dito assim, ela está boa, entendeu? Houve novamente uma esperança.

Nessa fala, destacamos que Rosa, além de mencionar a aflição, que tem a ver com o objeto do nosso estudo, diz que ter um fluxo quase significava estar boa. O que nos fez pensar mais uma vez na denegação. Ela provavelmente ainda não estava preparada para aceitar a possibilidade de morte da irmã. Então, de maneira inconsciente utilizou um mecanismo de defesa, a denegação, que protegeu o ego de um encontro com o real, ou seja, com a possibilidade de morte concreta.

Sobre a denegação em situações de morte e luto, Mannoni (1995, p 57-58) esclarece:

O jogo já foi decidido, a sorte está lançada. Assim, com freqüência, confunde-se a perturbação pela qual o sujeito tenta por em palavras o que se torna para ele uma tomada de consciência e um tipo de conceito (ponto ideal), sede de todas as miragens possíveis. A denegação da fala surge ali onde não é permitido falar, nesse lugar onde as deusas que não perdoam se escondem. Se acontece ao atendente fugir da família do morto e do próprio morto é porque inconscientemente ele se sente “ameaçado” pelos deuses vingadores. Ora, para Freud, a vida, longe de ser uma deusa exaltante, só se caracteriza por sua aptidão para a morte. A vida, acrescenta Lacan, não quer sarar. A vida unida à morte retorna à morte. Mas essa realidade no fundo de nós mesmos, nós a recusamos. Quando somos levados a confrontá-la, ficamos sem palavras, petrificados.

Prosseguimos com o relato do caso. A enfermeira responsável pela entrevista familiar para doação nos contou, na sala da Central de Órgãos, que o diagnóstico de morte encefálica foi comunicado durante o boletim médico, no corredor próximo da porta de entrada da UTI. Segundo as informações da profissional, o irmão da paciente, quando ouviu a notícia do médico, saiu rapidamente da unidade e foi correndo contar à mãe, que se encontrava na porta do hospital. Ela aguardava a saída de um familiar para visitar a filha na UTI. A mãe já havia sido submetida a uma cirurgia cardíaca. Diante da notícia de morte cerebral, ela sentiu-se mal e foi conduzida ao pronto atendimento. A enfermeira plantonista da Central estava na UTI quando soube do ocorrido, e então se dirigiu para o pronto atendimento. Apenas a partir desse fato foi que a enfermeira teve o primeiro contato com a família. Importa ressaltar que o médico informou a morte encefálica sozinho, desacompanhado da

profissional responsável por realizar a entrevista familiar para doação. Esta chegou após a informação ter sido dada, no momento crítico relatado anteriormente. Caso a profissional estivesse junto da família durante o comunicado da morte encefálica, talvez ela pudesse acolher o irmão em sua dor e, sendo assim, evitar que a mãe recebesse uma notícia assim de maneira tão intempestiva.

Sobre o momento da informação, do diagnóstico de morte encefálica, Rosa expressa:

Quando o médico disse assim infelizmente o cérebro dela parou, houve um desespero a gente se abraçou, chorou, todo mundo se emocionou, minha, minha mãe passou mal. Passou mal, é eu fiquei superrevoltada, não acreditei porque Deus não tava me escutando. Por que a gente ta passando por isso? É um banho, assim, você toma um banho de água fria sem saber o porquê, então, a esperança naquele momento acabou, a gente sabia que ela não tava mais lá, então, assim, a família entrou em um desequilíbrio, uma emoção muito forte tomou conta, mas depois a gente sentou, se abraçou e disse assim [nome da paciente] não gostaria jamais que a gente tivesse assim, ela era alegre, então se ela continuasse viva e com sequelas, o que seria, entendeu? Seria um sofrimento pra ela, então isso foi nos ajudando, mas até hoje a família não aceita; a minha mãe mora em [nome bairro] e minha irmã morava em cima da casa dela, até agora a gente não mexeu em nada dela, continua tudo no mesmo lugar, minha mãe tem aquele ritual que alguém tem que subir na casa dela ligar a luz da varanda que é como se ela tivesse ali.

O ritual foi a forma que a mãe da paciente encontrou para suportar a dor da perda. Esse ato de acender a luz da varanda todos os dias, de visitar o espaço, talvez seja uma maneira de dizer que precisa de um tempo para compreender que sua filha realmente não retornará.

Rosa expõe seus sentimentos no momento da notícia da morte:

São vários os sentimentos, de desespero, no mesmo momento que você sente o desespero você sente aquela coisa assim, oh, seja feita a vontade de Deus. Não podemos ser egoísta pra que ela ficasse de uma forma. Também vem aquele desespero não que se Deus quisesse teria levantado ela dali, entendeu? É uma confusão sentimental muito grande, entendeu? Você não consegue, é tanto que até hoje eu não consigo medir, nem eu nem minha mãe, a gente não consegue medir o sentimento entendeu, por quê? Porque, há uma confusão mental muito grande, na mesma hora que você tenta se acalmar, acomodar seu coração, dizer assim, poxa ela poderia ficar com sequelas. Foi melhor assim, a gente já vem com não, não foi melhor assim. Deus levou, ela poderia ta aqui com a gente, ela não merecia, era uma pessoa muito boa, então assim, medir sentimento é muito complicado porque é uma difusão de sentimentos, de revolta, de tristeza, entendeu? De desamparo, na mesma hora, de conformidade, de você, assim, de aceitar porque nós somos propícios à morte mesmo, e é uma coisa que é certa, mas a forma como foi, a idade, então, assim, há uma

confusão muito grande. Eu não conseguiria dizer pra você, assim, qual o sentimento que você acha? Eu não tenho sentimento, nesse momento simplesmente digo o que machuca muito é do desespero, você sente desespero em não saber como lidar com uma situação tão dolorosa como essa, é muita dor.

Através das palavras de Rosa, identificamos muitos sentimentos, como ela menciona *uma difusão de sentimentos*. Ela menciona ser impossível nomear um único sentimento diante da profusão de manifestações afetivas. Até porque muitas vezes os sentimentos aparecem de forma ambígua. Alguns destes ela consegue nomear, outros ela os considera difíceis de entender, isso nos aproxima imediatamente da questão do afeto, da angústia propriamente dita, ela é sempre difícil de apreender, de nomear. O discurso que circula a angústia tenta dizer de um objeto que não é identificado, que escapa da precisão lógica e objetiva, entretanto, ela se faz presente no corpo real, podemos afirmar que a angústia é o único afeto que não engana. .

Segue a percepção de Rosa sobre o momento da entrevista familiar para doação:

Você vai se apegando em cada etapa, né? Você tenta se apegar em cada etapa, aí chega uma equipe médica pra passar informação pra gente e aí tenta de alguma forma ajudar outras pessoas que também estão tentando lutar em favor da vida, que é a doação de órgãos, mas pra gente que ta perdendo a pessoa que a gente ama, assim, é como se você tivesse cooperando com a morte dela também. Não é ignorância não. Não é ignorância, imagine uma pessoa boa que você ama e que em questão de segundos ela não morreu por completo. Simplesmente a informação é que o cérebro parou. Como a informação do cérebro parou, não tem como os outros órgãos continuarem. Então, se você diz assim tire, é como se você tivesse naquele momento da dor ali cooperando pra que ela morresse mais rápido, já que nesse momento de 13 dias, a gente tava se apegando em cada etapa de esperança, entendeu? Em cada dia que a gente acordava e que um ia visitar ela, ta bem, era uma esperança cada visita, um ligava pro outro, oh, não, ela continua do mesmo jeito. Então era uma esperança, então, quando veio a doação de órgãos, pra gente já com aquela aflição que estávamos passando, a gente não conseguiria. Embora a gente soubesse que o coração dela estaria batendo em outras pessoas, ele estaria dando vida a outras pessoas, mas a dor era tanta, é tanta, que a gente não conseguiria medir no momento, como algumas pessoas até conseguem. Essas informações assim eu quero ver o coração dela em outra pessoa, eu quero isso, a gente não conseguia, é tanto que a família se reuniu e disse assim: já que ela ta morrendo, que Deus diga pra gente que ela vai morrer por completo. É como se fosse um paliativo, assim que seja feita a vontade de Deus, eu não vou cooperar para tirar o órgão dela se Deus disse que o cérebro dela parou, então tudo vai parar.

No discurso de Rosa sobre o momento da entrevista familiar para doação, chamaram atenção alguns pontos: o fato de Rosa não ter compreendido a morte encefálica como sendo o momento da morte. Na nossa análise, tomando como referência o tempo lógico de Lacan, nos pareceu que Rosa ainda estava no instante de ver o processo de morte da irmã. Ela ainda precisaria percorrer o tempo de compreender para somente depois chegar ao momento de concluir. Somente a partir deste é que Rosa poderia pensar sobre a doação de órgãos. Rodrigues (2003, p. 95), baseada na sua prática em hospital e na lógica do tempo proposta por Lacan (ano, p.) afirma:

Num hospital geral, aqueles que chegam ali como pacientes ou como familiares não teriam sido lançados traumáticamente ao instante de ver, quando a irrupção do real escancara diante deles aquilo que só conseguimos entrever por uma fresta, ou seja, o saber da morte. Sendo assim, aquele que é lançado (e não que se lança) a este instante de ver pela própria circunstância do acaso (Willkür) e do arbitrário (Zuffal) não dispõe do tempo para compreender e não pode por isso mesmo chegar a nenhuma conclusão.

No referido caso, independente da decisão familiar sobre a doação, nos pareceu que Rosa apresentava demanda a ser trabalhada. Pensamos que a partir do acolhimento familiar e da escuta a seus membros, em momentos diversos, durante os treze dias em que a paciente esteve internada e que o protocolo de morte encefálica esteve aberto, talvez tivesse sido possível para Rosa prosseguir do instante de ver a possibilidade da morte real até chegar ao tempo de compreender tal realidade. Supomos que Rosa poderia chegar ao momento de concluir a morte e de decidir sobre a doação de órgãos de maneira menos angustiada.

Nas palavras de Rosa mostram-se os critérios usados pela família para tomar a decisão de não doar:

Porque minha irmã em vida ela dizia que nunca, que se fosse pra ir, que fosse como Deus mandou. Completo sem precisar tirar e assim, a família, como eu disse pra você, foi uma coisa muito rápida. Foi muito chocante o acidente, não estávamos preparados, não houve um preparo, não vou dizer pra você que ela ficou 2 meses na cama pra haver um controle emocional, pra haver uma esperança, que se ela morresse vamos fazer isso e isso, então é como eu disse a você, a esperança que tínhamos é que em cada etapa ela iria resistindo. Seria alegria pra família, ela taria resistindo, ela ta lutando, então ela quer viver. Então a gente se apegou a isso, então foi muito rápido, foi muito chocante, entendeu? Foi muito cruel, então não tivemos nem tempo para pensar. Até se tivesse alguém da família com problemas a gente até poderia naquele momento assim, ah, ela vai morrer,

mas vai ficar aqui minha tia com um rim, um coração, sabe lá. Não tínhamos nem como medir isso, o desespero era tanto, era um descontrole tão grande na família que cada um tentava se apegar, como eu já disse pra você, nessa esperança, que ela resistiu durante 13 dias, a cada etapa era uma esperança pra gente.

No início da fala de Rosa, ela deixa muito claro que a família respeitou o desejo da paciente em vida, desejo de não doar seus órgãos. Ainda nessa fala, dois aspectos mencionados anteriormente chamam a atenção: a denegação sobre a realidade dos fatos e a resistência como um forte mecanismo de defesa. Ambos ancorados na crença religiosa. Sobre a denegação recorreremos a Freud (1915 *apud* MANNONI, 1995, p. 43): “A banalização da morte, de fato, está bem próxima da denegação (que Freud mais tarde irá enfatizar). O que o homem demanda é partir esquecendo que a morte existe”. Podemos pensar então sobre o papel que a resistência desempenha diante do encontro com o real da morte.

Rosa refere que o momento mais difícil do processo foi a perda da irmã:

A dor maior foi quando o médico disse que ela tinha ido a óbito. Foi quando ele ligou, foi quando a assistente social ligou dizendo que os órgãos dela também tinham parado, então, foi a pior parte porque até mesmo você falando que era morte encefálica, mas quando você se encostava nela embora os aparelhos tavam ajudando, mas é como se tivesse vida, você tava vendo, entendeu? Mas a pior parte foi quando a gente sabia que ela tava ali deitada e todos os órgãos dela tinham parado.

Rosa continua a esclarecer o referido momento:

A gente pediu simplesmente à equipe médica que os órgãos dela deixassem parar, que não desligassem os aparelhos, embora o relatório tivesse concluído no sentido de dizer que era morte encefálica. [...] É morte, mas mesmo assim, a gente só pediu que os órgãos dela viessem a parar já que a gente não optou pra fazer a doação de órgãos. Aí eles respeitaram deixaram ligado até de manhã. Ela tava na UTI, foi a assistente social que ligou pra gente de manhã e nossa amiga também que já trabalhava lá no hospital. [nome da amiga] ela ligou pra gente às 05h00min horas da manhã pra dizer, oh, ela já tá parando, os batimento dela está diminuindo, aceleradamente isso significa que daqui a alguns segundos ela vai parar por completo, assim, ela ligou pra gente e em seguida a assistente social ligou pra gente dizendo que já tinha parado.

A partir da fala de Rosa, ficou claro que a equipe da UTI, unidade onde a irmã de Rosa estava internada, respeitou o pedido da família de não desligar os

aparelhos logo após a decisão familiar de não doar. A informação de que não haveria a doação aconteceu no final da tarde e o coração parou de bater somente às 5:00h do dia seguinte. Provavelmente em função da suspensão das medicações que o mantinham batendo. Em outro caso, já tecemos considerações sobre o referido pedido.

Neste momento de conclusão, cabe ressaltar ainda alguns pontos relevantes da entrevista familiar para doação que estão relacionados com o objeto do nosso estudo.

Durante a entrevista familiar para doação, houve momentos carregados de manifestações afetivas difíceis para a equipe lidar. Dentre elas: a raiva, a dúvida sobre o diagnóstico de morte, a ansiedade exacerbada de Rosa, a denegação e a angústia como o afeto. A partir desses, não é difícil entender que alguns destes componentes afetivos pudessem expressar dúvidas quanto à competência dos membros da equipe. Um exemplo da referida situação foi quando Rosa disse que havia estudado o tema da suspeita de morte encefálica na internet e que vinha acompanhando o boletim médico diariamente. Em diversos momentos ela corrigia a enfermeira, quando esta apresentava pequenos equívocos sobre uma data que ocorreu um exame ou uma determinada intercorrência. Ainda assim, a enfermeira que conduziu a entrevista familiar para doação permitiu que Rosa expressasse suas dúvidas, como também algumas questões relacionadas à crença religiosa. A profissional, depois de esgotar seus argumentos explicando a morte encefálica, chegou a pedir ajuda de uma colega da equipe. A médica explicou de forma o mais detalhada possível a causa que levou a paciente à morte encefálica. Ainda assim, ela foi questionada. Pensamos que a denegação apresentada por Rosa estava diretamente relacionada com a resistência, mecanismo de defesa do ego que trabalhava para evitar a dor. Aqui reiteramos a nossa colocação anterior de que Rosa deveria ter sido escutada durante o período em que a irmã esteve internada. Consideramos que as duas profissionais manejaram a situação de maneira coerente e ética, demonstraram respeito, tolerância e paciência diante das manifestações afetivas de Rosa.

Ainda se torna importante comunicar que a irmã mais nova de Rosa esteve presente durante a entrevista familiar para doação. No final, já na saída, ela nos falou que a família havia sofrido duas perdas sucessivas em um curto espaço de tempo. O pai havia falecido repentinamente há cinco anos, como também um irmão

caçula, com uma idade próxima dos vinte anos. Diante dessa revelação, concluímos que para Rosa possivelmente estava sendo algo muito difícil de suportar. Inclusive se considerarmos que ela é a irmã mais velha e que uma perda, quando não trabalhada em favor da elaboração do luto, ela se sobrepõe a outras perdas, então pode se tornar algo da ordem do insuportável, do inominável de concluir. Vale ressaltar que a profissional responsável por conduzir a entrevista familiar para doação não teve acesso a tais informações.

Recorro ainda às palavras de Rosa que desde o início representaram muito bem o objeto do nosso estudo: afeto, sentimento e emoção intervenientes em familiares e profissionais durante o processo de doação de órgãos e tecidos:

Como eu disse, assim, eu tento, espero agora que o tempo consiga de alguma forma, não digo que acabar, não vai acabar nunca, mas é diminuir, diminuir essa dor, essa aflição, essa dúvida mental, sentimental, que como eu disse pra você, há um descontrole mental muito grande. Você não consegue medir os sentimentos, entendeu? Há uma difusão muito grande, assim, é dor, é raiva, é ódio, desespero e tristeza, né? As perguntas, o porquê tá acontecendo isso?

CASO 9

“UMA CONTINUAÇÃO SUPOSTA TEÓRICA”

Valter será o nome fictício dado ao paciente. Ele tinha 22 anos e sofreu um acidente moto ciclístico. Segundo seu tio, familiar que representou seus pais durante os quatro dias de hospitalização, Valter era: - [...] *um rapaz muito decidido, muito hiperativo e às vezes muito intransigente e até irresponsável.*

Sobre as circunstâncias do acidente, não foram muito bem esclarecidas para a família, porém o tio disse que Valter estava em alta velocidade e que saiu do acidente já desacordado. Segundo o tio, ele sofreu fraturas graves nos braços e em uma das pernas, além do traumatismo crânio encefálico (TCE). Valter ficou internado na UTI, e no período houve suspeita de morte encefálica, motivo pelo qual foi aberto o protocolo de morte encefálica para investigação. No quarto dia do internamento, o protocolo foi fechado com a confirmação do diagnóstico de morte encefálica.

O tio de Valter participou tanto da entrevista familiar para doação de órgãos como também da entrevista da pesquisa. Nesta, quando lhe perguntamos acerca de sua reação diante da notícia do acidente, ele nos disse:

Sou uma pessoa realista que acompanha estatísticas, que sabe que acidente de moto é fatal - [...] então pra mim já era um fato consumado. Então, aí eu já comecei a fazer esse trabalho com minha mãe e minha irmã, pra que elas se preparassem, porque poderia ser que ele não voltasse aqui.

O tio se manteve ao lado de Valter durante os quatro dias, fazendo-se elo de ligação entre os profissionais do hospital e sua família. No período, foi realizado o protocolo de morte encefálica.

Durante a entrevista da pesquisa, o tio de Valter revelou inicialmente a percepção dele. Quando junto com a mãe, ambos foram informados da gravidade do quadro e da abertura do protocolo de morte encefálica.

Então fomos no centro cirúrgico, aquela coisa toda, fizemos aquele acompanhamento, aquele diálogo que seria realmente muito importante que

a gente sabe que existe em torno de coma, em que a pessoa escuta etc. e tal. Tem também a questão da literatura, somos espíritas que contam também nesse sentido, a gente foi lá, ela foi, conversou, me ouviu. [...] quando ela saiu do centro cirúrgico ela veio conversando comigo que achava que ia desmaiar por cima dele, mas agradecia muito a Deus por ter conseguido resistir. [...] . Ela estava muito tensa, ansiosa, é expectativa de mãe, sim, e a aquela coisa da necessidade do visual, então, quando ela viu, ela acariciou, digo vá, nega, dê um beijo nele, converse com ele, fale com ele mais próximo do ouvido, que ele não esboçava nada de nada em absoluto e eu particularmente nunca tinha chegado tão perto de uma pessoa em coma.

A fala do tio, descrita acima, chamou a atenção em alguns pontos, quando foi mencionado que a mãe estava muito tensa e ansiosa, a referência à “expectativa de mãe” e a “necessidade do visual”. Consideramos fundamental o lugar que esse tio se colocou, ele funcionou como um suporte para a mãe, um amparo para a expressão dos sentimentos revelados, como também da angústia latente. Quanto à “necessidade do visual”, mencionada pelo tio, lembramos do tempo lógico de Lacan, nesse caso, consideramos que a mãe, a partir do instante de ver, prossegue para o tempo de compreender e chega ao momento de concluir a possibilidade da morte real do filho. Ainda nas palavras do tio, que esclarece: “[...] *aí ela já saiu de lá conversando com o pessoal que tava no saguão esperando a gente, que não tinha nenhuma esperança mais não, que pelo que ela tinha visto não tinha como ela voltar com ele vivo pra casa*”.

Essa fala do tio sugere que a mãe, a partir desse momento, quando chegou do interior do estado para ver o filho, logo após o acidente, ela já passou a compreender a morte do filho como uma possibilidade real. Logo após essa visita, a mãe pode retornar para o interior e deixar o tio de Valter, seu irmão, cuidando dele.

Na entrevista da pesquisa o tio falou da percepção dele sobre a comunicação feita pelo médico, do diagnóstico de morte encefálica:

A gente já tava preparado, tanto que ontem, quando saímos do último exame que tava faltando, só o resultado do exame do, do exame, como é mesmo que chama? Do eletro encefalograma, aí eu fui contundente com essa questão de transplante, como é que funciona? Porque as pessoas [ele se refere à equipe] ficam plantando coisas na cabeça da gente, de uma certa forma acaba até prejudicando no processo, ah, só podia falar sobre isso depois, coisa e tal, aí já liguei pra [nome da sobrinha], minha sobrinha, já passei o quadro, olha [nome da sobrinha], independente de qualquer coisa não tem porquê ta mantendo algum tipo de esperança e aí você

começa a preparar o terreno porque o pessoal vai procurar a gente pra questão de transplante.

O tio, em sua fala, demonstrou que vinha pensando a respeito da doação de órgãos, durante o período no qual ainda estavam sendo realizados os exames do protocolo de morte encefálica. Entretanto, ele contou que tentou conversar com a equipe, mas não conseguiu. Segundo ele, os profissionais disseram que *só podiam falar sobre isso depois.*

Quando lhe foi perguntado sobre os sentimentos que nele prevaleceram no momento da notícia do diagnóstico positivo para morte encefálica, responde:

Sendo franco, pra mim não significou nada, por que que não significou nada, pelo, por tudo que já falei antes a você, eu já tinha a consciência, eu só infelizmente não podia chegar e dizer: olha, me entregue logo o corpo do meu sobrinho porque ele já está morto.

Pareceu-nos que a expressão *não significou nada* revelado no discurso do tio refere-se ao fato de não ter sido tomado de surpresa pela notícia dada. Na fala anterior, ele apresenta argumentos reveladores de insatisfação e intolerância com a condução da equipe com o processo de doação.

No presente caso, a médica que conduziu a entrevista familiar para doação teve o primeiro contato com a família exatamente no momento da entrevista familiar para doação. Esta foi realizada na sala do Serviço Social, localizada próxima da UTI e do Centro Cirúrgico. A referida profissional encontrava-se na Central de Órgãos quando, a seu pedido, foi informada pela assistente social que o médico intensivista já havia comunicado, na UTI, o diagnóstico de morte encefálica aos familiares. Em decorrência, a médica dirigiu-se à sala do Serviço Social para realizar a entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos, acompanhada de uma colega plantonista. Ressalta-se que este foi mais um caso em que a profissional que realiza entrevistas para doação de órgãos fez a escolha de não estar junto ao médico intensivista no momento da comunicação da morte encefálica, ou seja, da morte, do óbito. Em outro caso, já tecemos considerações sobre o referido fato, mas é importante observar que a referida escolha envolve consequências na condução da entrevista familiar para doação.

Quando a médica chegou ao Serviço Social para realizar a entrevista familiar para doação, encontrou o tio e um rapaz que lhe foi apresentado como sendo o primo do paciente. Ambos estavam sentados, aguardando. A profissional iniciou a entrevista retomando os exames realizados durante a investigação do diagnóstico de morte encefálica; explicou detalhadamente o resultado do eletroencefalograma e logo em seguida perguntou ao tio se o paciente em vida havia mencionado o desejo de ser doador de órgãos. O tio respondeu que já tinha procurado saber junto à família e aos amigos, mas, segundo eles, o paciente em vida não havia revelado sua escolha sobre doação de órgãos. Em sequência, a profissional indagou ao tio o que ele achava sobre a doação de órgãos. Respondeu favoravelmente à questão, inclusive afirmou ter conversado sobre o assunto, por telefone, com os familiares, que se encontravam no interior. Ainda em nossa presença, o tio decidiu ligar para a família solicitando uma definição sobre o assunto. A profissional fez saber ao tio que após a definição familiar ele poderia procurar a sala da Central no andar superior para comunicar a decisão.

Neste caso, é fundamental ressaltar que, apesar do tio ter acompanhado todo o processo, mesmo assim a médica iniciou a entrevista para doação explicando todos os exames que foram realizados durante o protocolo de morte encefálica. Na hipótese da profissional ter acompanhado o médico intensivista no momento da comunicação da morte encefálica, ela poderia ter obtido dados fundamentais para conduzir a referida entrevista, tais como: nível de compreensão familiar sobre o processo, as manifestações afetivas, como também ter uma base sobre a posição subjetiva familiar do familiar diante da doação. Talvez fosse dispensável iniciar a entrevista a partir de um ponto sobre o qual o tio já tivesse um bom nível de compreensão e conhecimento. Pelo fato da profissional ter o primeiro contato exatamente naquele momento, talvez tenha sido o ponto mais seguro para começar a entrevista. Entretanto, para o tio essa fala pode ter sido uma repetição desnecessária. Ainda sobre a entrevista, importa referir que a profissional foi cuidadosa, inclusive perguntou sobre o desejo do paciente em vida. Em seguida, ela abriu espaço para que o tio falasse, em um tempo significativo, sobre o que pensava em relação à doação de órgãos. O tio nos revelou que era um profissional da área acadêmica, inclusive demonstrava ter certo conhecimento sobre o tema da doação de órgãos.

Segue a percepção do tio sobre o momento da entrevista familiar para doação:

Então, já havia a avaliação de um doador em potencial, eu também, como eu to dizendo, eu não vou culpar a equipe porque eu tenho essa razão. Mas uma mãe, um pai, pode ser até um tio, eu ia dizer até um tio, eu sou o tio, uma pessoa que esteja menos preparada emocionalmente, não ia processar uma informação dessa. Então, e também, eles [a equipe] não teriam como avaliar que eu teria estrutura para adiantar esse procedimento, só isso que eu observo. A gente [a família] perde certo tempo nesse processo, como se fizesse uma sondagem [uma investigação], tem alguém da família que tem uma estrutura emocional mais forte que a gente e possa ir preparando esse terreno [da morte e da doação] porque, se eu não tivesse ligado para [nome sobrinha] e tivesse lhe dito assim: olha, [nome sobrinha], eu sou contra e digam a [nome da mãe] e a [nome do companheiro da mãe] que também sejam contra, eu influenciaria em 70%.

A fala do tio revelou traços de indignação com a equipe que conduziu o processo de doação, que a forma de condução do processo deixa a desejar. Ele nos chama a atenção para o fato de que já desejava falar sobre o tema da doação em um momento anterior à entrevista da doação. De maneira geral, temos o conhecimento que é desumano o profissional falar de doação de órgãos em um momento que a morte encefálica ainda não tenha sido confirmada, na fase de investigação do protocolo de morte encefálica. Entretanto, se a família mencionar o tema, este deve ser acolhido e escutado. Na prática, os profissionais costumam dizer ao familiar que irão falar sobre esse assunto, doação, somente após o fechamento do protocolo. Acreditamos que a família esteja atravessando uma situação de profunda dor e, em muitos casos, de angústia, pela falta de definição entre o diagnóstico de vida ou morte. Por isso, é fundamental que ela seja atendida em sua demanda de escuta. Cabe aos profissionais que lidam com essa causa estarem preparados para acolher os dilemas subjetivos dos familiares, dentre esses a angústia, a dor, o medo da morte, da perda, a culpa, dentre tantos outros. Enfim, à equipe que se propõe a trabalhar com a causa da doação estar preparada para lidar com as questões subjetivas trazidas pelas famílias.

A médica que conduziu a entrevista familiar para doação nos revelou, durante a entrevista da pesquisa, que estava trabalhando com a equipe apenas há um mês, e que conduziu a entrevista pela primeira vez. Quando foi indagada sobre os sentimentos que prevaleceram antes de iniciar a entrevista, revelou:

Uma coisa assim, que me deixa um pouco, mas como eu já tinha minha visão, que me deixa um pouco mais tranqüila em relação ao que eu pense, independente de eu ser médica, de eu ser da área de saúde, é o fato de que, é assim, você doar o órgão de alguém que não tem mais vida, que você vai conseguir com isso recuperar outras vidas, mais de uma vida, são várias vidas, é até uma homenagem que você pode fazer ao, à vítima. Então eu penso dessa forma, é uma maneira de ajudar outras pessoas é, e vai permanecer assim, a lembrança dele, de uma certa forma, em alguém, além da própria memória em alguém, então a minha é assim, como eu penso, dessa forma, então eu procuro quando converso com a família levar essa ideia, certo?

A médica também revelou certa dificuldade em falar de seus sentimentos. O modelo espanhol no que se refere à entrevista familiar para doação sugere que os profissionais, diante de tal situação, devem buscar identificar, além dos sentimentos e das emoções dos familiares, também os próprios. Tendo como base a psicanálise, consideramos que cabe a esses profissionais, além de realizarem uma leitura sobre os afetos, as manifestações afetivas e as emoções, cabe ainda sustentar a escuta aos que demandarem. A condução de uma boa entrevista é possível a partir da sustentação ou do suporte dos afetos e das questões trazidas ao espaço pelo cliente e familiares. Para tanto, considera-se de fundamental importância que os profissionais fizessem um trabalho pessoal que permitisse ir muito além da identificação de seus sentimentos.

Após o diálogo ocorrido na sala do Serviço Social, conforme orientação da entrevistadora, o tio procurou a referida profissional na sala da Central e lhe disse que a família decidiu conceder a doação. A partir desse momento, a equipe da Central providenciou para que o formulário de autorização da doação fosse enviado ao interior do estado, através de um aparelho de FAX. O documento deveria retornar contendo a assinatura de dois familiares de primeiro grau e de uma testemunha. A mãe do paciente vivia com um companheiro que se dispôs a assinar, como testemunha, o termo de autorização para doação. O pai do paciente não foi mencionado pelo tio, em nenhum momento. Durante o período de acompanhamento do caso, ele também não foi mencionado nem mesmo pela entrevistadora.

A profissional, durante a entrevista da pesquisa, mencionou que se a entrevista tivesse sido realizada com os pais do paciente, na opinião dela a “*abordagem*” seria *mais difícil porque o envolvimento emocional é muito maior*. E ressalta o papel desse tio que se mostrou favorável à doação como uma forma de *ajudar outras pessoas, estando disposto, inclusive, a convencer os pais do paciente*.

Sobre a condução da entrevista, a médica colocou:

- [...] Foi assim, foi muito tranquilo, realmente assim, não se teve dificuldade nenhuma; o que não é o comum no dia a dia, principalmente porque a dificuldade em se aceitar a morte ta sendo, é grande. No momento em que se comunica e se aborda sobre a questão da doação, tem que ter muito cuidado porque às vezes a família pode até achar que é uma falta de respeito, né? A situação que eles estão atravessando e a gente, por outro lado, tem que tentar fazer essa abordagem, porque o tempo que a gente tem é muito pouco pra poder conseguir realmente ter sucesso, caso seja decidida realmente a doação, pra poder haver captação”.

Faz-se necessário esclarecer que, dentro do processo de doação, o momento da entrevista familiar é considerado muito delicado. Inclusive, muitos autores referem que esse momento é crucial, é o coração de todo o processo. Talvez, porque ele é muito delicado para a família, como também para os profissionais, afinal, envolve sentimentos e afetos de ambos os lados. Também, ele é decisivo para abrir a possibilidade ou não da doação. Quem trabalha nesta causa sabe que existem muitos entraves operacionais que dificultam o processo como um todo. Dentre eles, a realização dos exames para o fechamento do diagnóstico de morte encefálica em tempo hábil. Porém, aqui em nosso estudo não cabe aprofundar tais questões, pois fugiríamos do nosso objeto de estudo.

Identificamos, a partir da nossa prática, que a ansiedade e o estresse estão presentes entre os profissionais que conduzem a referida entrevista. Reconhecemos que é muito difícil, por um lado, pela urgência que a causa da doação exige, afinal existem pacientes ainda com alguma chance de vida na fila de espera por um transplante. Por outro lado, as famílias precisam de tempo para compreender a morte real e ainda tomar uma decisão sobre a doação. Considerando que a maioria dos profissionais que realiza a entrevista para doação é tem uma formação voltada para atender as urgências e emergências impostas pelo corpo biológico. Pensamos que as dificuldades para atender as demandas familiares subjetivas se tornam ainda mais difíceis.

Nas palavras da médica, os sentimentos integram o processo e se constituem um desafio para o profissional:

Então, é isso aí, é uma coisa que é difícil, também porque os familiares precisam de tempo, um pouco de tempo pra poder trabalhar e aceitar a ideia. Então, a gente tem muita dificuldade nesse aspecto, tem que ter muita paciência pra poder entender qualquer que seja a reação da família.

A profissional em sua fala menciona a questão do tempo envolvido no processo. Compreendemos que é fundamental considerar o tempo dos familiares diante da morte de um ente querido. A par disso, consideramos ser necessário um tempo para concluir a morte e somente depois será possível pensar na possibilidade da doação. Em outro momento, já mencionamos a questão do tempo na psicanálise, os três tempos lógicos, propostos por Lacan, quais sejam: o instante de ver ou momento de olhar, o tempo de compreender e o momento de concluir. Para percorrer esse caminho, é necessário recorrer ao tempo lógico. Recorremos às palavras de Rodrigues (2003, p. 94):

As pessoas se angustiam por precisar de tempo. Parece que elas gostariam de ter uma ação imediata, uma resposta “na ponta da língua”. Mas, entretanto, entre o instante de ver e o momento de concluir é necessário um tempo para compreender. Só após a compreensão ter sido atingida é que o sujeito pode soltar-se numa ação.

Neste caso, sugerimos que o tio talvez tivesse percorrido esse caminho, a postura dele durante o processo nos fez pensar sobre isso.

O tio, durante a entrevista da pesquisa, revelou o critério usado por ele para decidir sobre a doação:

A jovialidade dele, da própria continuação suposta teórica dele e também transformar um momento triste, doloroso, pesado, em alguma coisa mais amena, que você possa tirar uma lição positiva, talvez até servir de exemplo pra outras pessoas fazerem a mesma coisa.

Sobre os sentimentos do tio diante da decisão pela doação:

De felicidade, porque eu não sou daquele tipo assim que vou saber onde tá o coração do meu sobrinho, onde é que foi parar o rim, isso aí eu acho que só as pessoas extremamente românticas, muito apegadas à carne é que nutrem esse tipo de emoção. Eu acho que não, eu sei que em algum lugar tem alguém sobrevivendo e torço que sobreviva com qualidade e que meu sobrinho é responsável por isso.

Na entrevista da pesquisa, foi solicitado ao tio que falasse algumas palavras que pudessem representar os sentimentos dele durante o processo de doação: - [...] *Fraternidade, felicidade e amizade pela comoção generalizada das pessoas com relação a ele.*

No momento de concluir a entrevista da pesquisa, segue às palavras do tio:

Não sou avesso à espiritualidade, mas eu acredito que ninguém morre. Principalmente, como eu disse à mãe dele, uma das minhas falas é: minha filha, minha irmã, minha nega, [nome dela], ninguém morre se não morre dentro da gente, então o seu filho, ele vai estar vivo aqui dentro de você, eternamente. Então, você encare como, ele conseguiu um emprego em outro país ou até em outro Estado. Mas, que tem dificuldade de voltar pra casa, com a certeza de que ele está bem, sem aquele temor que você tinha, e aí? O que será que vai acontecer? Como será que está Valter? O que será que ele tá fazendo, por onde anda? Então, hoje você pode ter até uma espécie de alento, de tranqüilidade em saber que seu filho está só contigo e com Deus, agora.

Em um momento anterior, mencionamos que o tio fez críticas à equipe pelo fato de não ter sido acolhido quando desejou conversar sobre o processo de doação. Ele disse que estava preparado para conversar sobre o tema em um momento anterior à conclusão do último exame, mencionou já ter conhecimento do que aconteceria após a chegada do laudo do eletro encefalograma. Disse também que já sabia que os profissionais falariam sobre doação. Isto nos permite concluir, então, que se torna necessário considerar cada caso em sua singularidade. É fundamental escutar e acompanhar a família desde a abertura do protocolo de morte encefálica até o encerramento do processo, quando o corpo vai ser entregue à família. É importante para o processo de doação identificar a demanda de cada família e considerar assim a especificidade de cada caso.

As palavras da profissional sobre os sentimentos dela diante do resultado da sua primeira entrevista:

Me senti assim, satisfeita por a família ter aceitado. Porque, já que aconteceu o desfecho que foi com a morte pra família. Por outro lado, eles vão ajudar com certeza outras pessoas a viver, então, é isso aí, acho que não só pra eles, como também pra mim, é uma coisa que é gratificante, e pra família, acho que diminui um pouco, pra família, consegue diminuir um pouco a dor e pra gente satisfaz porque a gente conseguiu o objetivo que é justamente ajudar outras pessoas a viver.

Sobre o momento considerado o mais difícil:

“Não, não porque, não é que eu esta tratando o órgão com descaso, mas aquela leitura pratica que eu fiz ali com vocês, de uma forma ou de outra esses órgãos seriam retirados, então eu acho que até uma campanha não publicitária em termos mais abrangentes, mas uma conversa mais próxima com parentes nesse sentido tem que passar por uma exumação, então talvez esse seja um momento difícil e doloroso por que ai você vai decidir ou eu joga no lixo ou eu doo pra alguém que possa manter esses órgãos vivos e transformar esse momento feio numa coisa prazerosa, satisfatória que remete a felicidade a continuidade a própria vida, ele não tem filhos, então de uma certa forma ele continua”.

Como temos a intenção de concluir este caso, nos permitimos algumas observações. O tio apresentou uma postura de equilíbrio durante o processo, inclusive no momento da entrevista familiar para doação. Entretanto, mostrou-se ansioso pela definição familiar sobre a doação. Logo após a confirmação familiar sobre o desejo de doar, o procedimento adotado pela equipe da Central foi enviar o Formulário de Consentimento Familiar para doação, através de FAX. Este retornou assinado pelos responsáveis legais, nesse caso a mãe e a avó. O companheiro da mãe assinou o documento como testemunha. A partir disso, a Central de Órgãos prosseguiria com os procedimentos legais até a realização da cirurgia de remoção dos órgãos. O tio já havia sido informado pela equipe que após a cirurgia o corpo seguiria para o Instituto Médico Legal, porque se tratava de uma morte violenta. Ele, que havia se apresentado em equilíbrio durante o período em que acompanhamos o caso, em outro momento mostrou-se irritado com o fato de ter que aguardar a liberação do corpo que apresentou um atraso significativo, segundo informações da equipe.

No dia seguinte, quando fizemos contato por telefone com a Central, disseram que houve certo atraso na cirurgia de remoção, razão pela qual o corpo não seguiu para o IML no horário previsto. O tio, no dia seguinte, retornou ao hospital e manifestou indignação e intolerância pela falta de definição de um horário preciso para a liberação do corpo. Mais especificamente, da ida do corpo para o Instituto Médico Legal, e depois da liberação deste para a viagem até o interior. Infelizmente, esse foi um aspecto negativo nesse processo, a falta de definição sobre a liberação do corpo. Talvez as famílias, diante desses casos, se sintam desrespeitadas e desconsideradas em um momento de tamanha dor, a dor da perda de um ente querido.

Em um momento posterior, a equipe relatou que o tio do paciente expressou raiva e revolta contra os profissionais por causa da demora na liberação do corpo. Pensamos também que talvez ele estivesse fazendo um deslocamento da sua dor. Ainda com relação ao atraso, na saída do hospital para o Instituto Médico Legal, ele chegou a verbalizar em tom alto de voz, disse estar arrependido por ter concedido a doação. Ameaçou falar para todas as pessoas no interior onde residia sobre as dificuldades relativas ao cumprimento dos horários, nos casos de doação de órgãos.

CASO 10

TÔ SALVANDO, SALVANDO OUTRAS VIDAS

Mais uma vez, o Sr. Mário foi visitar o irmão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Após o término da visita, ficou aguardando o boletim médico. Desta vez, o médico intensivista estava acompanhado da enfermeira da Central de órgãos. Todos estavam em pé, próximos da porta de entrada da UTI, quando a enfermeira iniciou a conversa dizendo que o último eletroencefalograma não havia apresentado atividade. Então a profissional perguntou ao Sr. Mário: - [...] *O senhor já sabia dos exames que estavam sendo realizados, não é?*

Ele respondeu que sim, entretanto disse que não estava entendendo muito bem. O médico começou a explicar o caso detalhadamente, informou que o traumatismo crânio encefálico (TCE) que o paciente sofrera havia agravado o quadro clínico. O paciente era vítima de um TCE em consequência de queda. O médico comunicou-lhe que o paciente evoluiu para morte encefálica. O Sr. Mário se encontrava desacompanhado de outro familiar, sozinho recebeu a notícia de que seu irmão havia falecido.

Sobre a reação diante da notícia, consideramos que o Sr. Mário manteve-se calmo e equilibrado. Em seguida ao comunicado, a enfermeira conduziu-o à sala da Central, na tentativa de realizar um contato telefônico com o filho do paciente, a quem chamaremos de Pedro. Naquele momento o celular do filho encontrava-se desligado, então Sr. Mário decidiu ir para casa e continuar tentando o contato durante a noite.

Na sala da Central, Sr. Mário nos informou que o paciente era separado e morava sozinho no interior do Estado, próximo da casa da mãe. A ex-mulher do paciente residia em Salvador com um casal de filhos. Sr. Mário e Pedro, respectivamente irmão e filho do paciente, estavam acompanhando a evolução do quadro através das visitas diárias e do recebimento do boletim médico. A causa da queda do paciente não ficou muito clara, nem para a equipe nem para a família, mas um amigo do paciente revelou que ele fazia uso de bebida alcoólica. Pedro dá sua

versão sobre a queda do pai: “*ele estava, acho que foi andando ou correndo, aí caiu e deu com a cabeça na pedra*”.

Pedro informou que quando soube do quadro do pai sentiu um aperto no coração, ficou muito triste e muito sentido, referiu que foi bastante doloroso. Entretanto, durante a sua fala ele não expressou emoção ou dor, como também nenhum outro tipo de manifestação afetiva. Talvez o vínculo de Pedro com o pai possa estar relacionado com a referida postura, ou é de sua estrutura não demonstrar sentimentos ou emoções.

Segue a percepção de Pedro no momento em que foi informado da gravidade do pai e da necessidade da abertura do protocolo de morte encefálica:

Fiquei sentido, mas fiquei assim, com esperança de ele sair dessa. Ele [o médico] me explicou tudo como foi, o que estava se passando, ele falou é tem que ter muita fé em Deus, e só um milagre mesmo pra ele sair dessa. Então, fiquei acreditando que poderia acontecer um milagre, ficava pedindo muito a Deus.

Pedro afirmou que soube, através do tio, que o protocolo de morte encefálica havia sido fechado.

Ele falou é, meu filho, não teve jeito não, seu pai ta batendo o coração, mas o cérebro dele parou. Fiquei chocado, né? Doe, mas o médico falou que eu podia esperar qualquer coisa. Então já tava já ciente, já que a qualquer hora podia chegar uma notícia ruim, chegar uma notícia boa também ou chegar uma notícia ruim. E é isso aí, né? E a vida continua.

O filho, durante a fala sobre o pai, mencionou ter ficado chocado, entretanto não demonstrava referido estado. Após o término do processo de doação, quando o convidamos para participar da entrevista da pesquisa e indagamos se ele gostaria de marcar um outro dia para conceder a entrevista, ele respondeu que poderia conceder a entrevista de imediato, logo após a assinatura dos documentos que autorizariam a doação.

Nesse caso, a comunicação do médico sobre a morte encefálica, mencionada anteriormente, ocorreu na UTI durante a visita familiar, no período da tarde, estando presente somente o Sr. Mário. No mesmo dia à noite, ele informou ao filho do paciente que seu pai havia falecido.

A entrevista familiar para doação, então, aconteceu somente no dia seguinte pela manhã, sendo conduzida por uma plantonista da Central. Estiveram presentes o filho, o tio e um amigo do paciente.

Segue a percepção da enfermeira sobre a reação dos familiares diante do comunicado da morte encefálica:

Olhe, o filho me pareceu, apesar de ta bem tranquilo, não pareceu demonstrar tanto interesse, né? Sobre o que tinha acontecido, sobre o por quê dos exames que tinham sido feitos, sempre parecia fugir, dizer que [...] balançar a cabeça indicando positivo, e sim, sim, sim, né? Como se ele não quisesse se, se inteirar, ne, profundamente do assunto, mas, já o irmão e o vizinho que é amigo do doador e também da família, há muito tempo, foi quem eu achei que tava bem interessado, tirou algumas dúvidas, certo? É porque eu acho que o irmão, que já tinha acompanhado no dia anterior, já sabia do que se tratava, mas eu achei que o amigo ficou, teve muito mais interesse do que o filho.

Na visão da enfermeira, seguem os sentimentos da família no momento que ela retomou a comunicação da morte encefálica:

É, eu achei que o filho fugiu, procurou fugir um pouco. Eu não vi, comparando com outras famílias, é aquele, aquela tristeza, aquela, algum pontinho de esperança ou de dúvida do protocolo, eu achei que ele, assim, aceitou muito bem, né? Eu achei, ele pode dizer assim, meio frio, diante de uma notícia como essa.

Consideramos relevante a percepção da enfermeira sobre a reação de fuga do filho. Pensamos nessa reação como um mecanismo de defesa. O filho, em outro momento, revelou que não convivia muito com pai. Os pais eram separados. Não sabemos como foi essa separação, muito menos como foi para o filho esse rompimento.

Sobre a suposta “frieza” do filho, dentro da nossa visão, talvez esse tenha sido um sentimento autêntico. Se levarmos em consideração a história familiar: pai e filho não tinham uma convivência muito próxima.

Eu não vou mentir, ele é meu pai, né? Mas, a gente nunca foi aquele pai e filho unido. Aí eu não tinha raiva dele, não tinha nada contra ele, mas a gente não era aquele pai e filho unido, aquele pai e filho amigo [...] é, eu vivia aqui e ele vivia lá, aí ficou distante mesmo, tinha uns três meses que eu não via.

Nas palavras da profissional, a percepção da equipe da UTI sobre a família:

Alguns colegas passaram que o familiar acompanhou, que tava durante os exames, que participou do boletim médico, que a família, durante todo o momento se manteve bem calma, prestando bem atenção ao que estava sendo passado pra eles e no momento que foi abordada a possibilidade de doação, que o irmão que estava presente se mostrou todo favorável

Consideramos fundamental o acompanhamento familiar durante a realização dos exames de morte encefálica. Como também a escuta da equipe aos conteúdos subjetivos apresentados pelos membros da família. Acreditamos que nesse tempo a família atravessa o percurso compreendido entre o “instante de ver” a gravidade do quadro e o “tempo de compreender” a possibilidade da morte.

Na percepção do filho, a entrevista familiar para doação aconteceu de forma respeitosa: *“eu posso dizer que foi, foi legal, conversaram assim, sem tá pressionando, explicou como é, se a gente queria ou não, eu achei legal a forma de vocês”*.

Consideramos interessante a percepção do filho sobre a entrevista, inclusive o fato de não sentir-se pressionado. Apesar de a entrevista ter como finalidade a doação, os profissionais devem manter uma postura ética e respeitar a decisão familiar sem pressionar. Nesse caso, a profissional conduziu a entrevista para doação de maneira muito ética.

Segue o critério usado pelo filho para decidir a favor da doação:

Pedi a opinião de meu tio, da minha mãe, da minha irmã, e aí a gente vai juntar tudo, fazer um resumo, ver o que o que vai, for assim, o melhor, né? Aí, um colega meu que tava comigo ligou pra minha avó, conversou com ela, ela falou que, não, da minha parte pode doar, então, todo mundo concordou, ninguém ia ser contra.

Consideramos que Pedro usou um critério cuidadoso para decidir sobre a doação. Foi interessante que, apesar de não saber sobre o desejo do pai em vida, o filho buscou a opinião da família, inclusive da avó, da mãe do paciente, e respeitou a escolha familiar. Pareceu-nos também que a avó não precisou ser convencida sobre a importância da doação, segundo o relato de Pedro, ela concedeu a doação sem hesitar, de maneira consciente.

O sentimento do filho por ter decidido pela doação, nas palavras dele: - [...] *É que nem eu falei, assim, sabe, eu acho que vai ficar uma parte dele aqui. Salvar outras vidas, tem gente precisando de um coração, um fígado, um rim, na fila da espera sofrendo, aí, eu imagino assim.*

As palavras que representam a escolha pela doação: *“eu acho que eu tô salvando, eu, não né? Todo mundo que concordou. Tô salvando outras vidas”.*

Quando perguntado ao filho sobre os sentimentos que prevaleceram após a decisão sobre a doação, ele disse ter sido:

Um sentimento de alívio [...] sim, que nem eu tô falando a você, um sentimento de que vai ajudar outras pessoas que tá precisando, sei lá, um sentimento desses, se todo mundo fizesse isso, né? Não todo mundo, a maioria das pessoas que perdesse uma pessoa em um acidente, fizesse isso.

Consideramos o “alívio” não tanto como um sentimento, mas como uma sensação. A enfermeira referiu a percepção dela sobre a decisão familiar pela doação:

Eu acreditei que a família, eu acredito que ele já tinha uma opinião formada sobre o tema por que foi uma família que não hesitou em concordar. Então, eu acredito que ele já tinha alguma orientação, algum conhecimento, né? Que eles já tinham uma opinião formada a favor da doação.

Concluimos daí que a família, quando já pensa sobre a possibilidade da doação, antes da entrevista familiar para doação, a partir da informação médica sobre a abertura do protocolo de morte encefálica ou mesmo em um momento anterior à hospitalização, ela, ao receber a notícia da morte e em seguida a possibilidade real da doação, nos parece que a reação é menos traumática. Pensamos que em alguns desses casos talvez seja possível percorrer o caminho do tempo lógico proposto por Lacan, passando do “instante de ver” ao “tempo de compreender”, e chegando até o “momento de concluir”. É interessante quando este último coincide com a entrevista familiar para doação. Nesses casos, deve haver uma possibilidade maior da doação.

A profissional achou que eles não enfrentaram dificuldades no momento da decisão pois: *“eles estavam muito tranquilos, bem decididos do que queriam, muito tranquilos.*

Na opinião da enfermeira, transparece o momento mais difícil para a família:

Acho que o momento mais difícil foi [...] pra eles tava sendo a retirada do corpo, né? Eles se preocupavam muito mais com o horário da retirada, pra poder agilizar o velório, do que com a doação em si, acho que o mais, assim, que mostrou que eles ficaram depois mais ansiosos, foi pela, a liberação do corpo, né? Pra poder, eles poderem dar continuidade no interior ao velório e o sepultamento, pra eles o mais complicado foi isso aí, mais a questão da logística da liberação do corpo”.

Sobre a ansiedade referida acima, pensamos como algo natural às famílias que concedem a doação, se considerarmos que é comum existir atrasos no horário da liberação do corpo.

Na opinião da enfermeira, o sentimento mais presente nesse processo:

Eu senti que muito mais por parte desse irmão, né? Mais uma questão de ser solidário, achei que ele foi, ele queria muito mostrar isso, ele dizia assim é bom doar, vai fazer bem aos outros. Em todo momento ele se colocava do outro lado, acho que foi o mais, porque assim deu pra perceber que as pessoas que vieram aqui eram pessoas que não tinham muito contato, né? Moravam em cidades diferentes, mas eram, foi o que deu pra perceber porque também a família nem conversou muito, o filho muito tranquilo dizia que já tinha conversado com a outra filha que ele tem, que a outra filha também era favorável à doação, mas que não queria vir aqui no hospital, foi o que eu percebi.

Para concluir, seguem, na opinião da enfermeira, palavras que representaram esse processo de doação:

- [...] A orientação, né? Tanto do profissional da equipe daqui do hospital, em relação aos exames, ao protocolo, pra essa família, como uma, a educação prévia, contato prévio com o fluxo da doação, né? As etapas, a importância da doação. Acho que isso aí foi muito importante, principalmente a orientação. Acho que essa foi uma família muito orientada, em momento nenhum ela se mostrava com dúvidas sobre o processo, tá? A tranquilidade, foi uma família que ela conseguiu acho que manter uma tranquilidade do início até o fim, muito disponível, uma família disponível, atenciosa, acho que isso foi o mais importante pra conseguir um processo liso.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Os casos apresentados no presente estudo aconteceram em um período compreendido entre o fechamento do protocolo de morte encefálica (ME) e a conclusão da entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos. A partir da nossa compreensão, acreditamos que a morte, até quando ela é prevista, chega sempre de forma inusitada para a família. A morte encefálica (ME), na maioria das vezes, toma a família de surpresa, levando-a em muitos casos à desorganização e angústia. Talvez pela dificuldade historicamente conhecida do homem de aceitar o imponderável da finitude humana. Compreendemos que a morte encefálica, na maioria das vezes, ocorre como consequência de causas externas, dentre elas: violência urbana, acidentes automobilísticos e motociclísticos, atropelamentos e quedas, ou através de causa internas, como acidente vascular cerebral, aneurisma, dentre outros. No presente estudo, o agravamento dessa situação se tornou ainda mais evidente porque todas as mortes aconteceram a partir de situações traumáticas: mortes por acidentes motociclísticos (4), atropelamento (2), queda (2), arma de fogo (1), acidente vascular cerebral (1).

A partir da referida realidade, encontramos as famílias em um momento muito difícil, em alguns casos, em estado de choque, com dor, tristeza e angústia dentre outros. Acompanhamos a condução de dez entrevistas familiares para doação de órgãos e tecidos. Os três instrumentos utilizados na elaboração dos casos: diário de campo, entrevista familiar e entrevista profissional constam em uma tabela em anexo (Apêndice E). Vale ressaltar que o grau de parentesco referido neste trabalho está sempre relacionado ao paciente.

Em nosso estudo, foram entrevistados cinco familiares: filho (1), irmã (1), irmão (1) prima (1) tio (1). Dos cinco familiares restantes, três residiam no interior do estado e dois não se dispuseram a conceder a entrevista da pesquisa. Na discussão a seguir, fazemos constar fragmentos das falas dos familiares correspondentes aos casos: (F3), (F5), (F8), (F9) e (F10). É importante esclarecer que, quando aparece (F6), a fala do familiar foi extraída do diário de campo, nesse caso a entrevista familiar não foi concedida. Acompanhamos a condução das dez entrevistas familiares para doação de órgãos. Todos os cinco familiares entrevistados participaram do processo, desde a abertura do protocolo até a entrevista familiar

para doação. Esse foi um dos critérios adotados para a escolha do familiar convidado a conceder a entrevista da pesquisa.

Foram seis (6) os profissionais que concederam a entrevista da pesquisa: enfermeiras (4), médicos (2). Dos quatro casos restantes, dois casos foram acompanhados por uma mesma profissional que se negou a conceder a entrevista da pesquisa. Quanto às outras duas, não houve compatibilidade de horários para a marcação da entrevista da pesquisa. Na discussão constarão fragmentos das entrevistas realizadas com os profissionais correspondentes aos casos: (P3), (P4), (P6), (P7), (P9), (P10).

Escolhemos apresentar a discussão a partir de seis itens considerados relevantes: I) A família diante da Gravidade do Quadro e na Abertura do Protocolo de Morte Encefálica; II) A Família diante do Fechamento do Protocolo e do recebimento do Diagnóstico de Morte Encefálica; III) A Entrevista Familiar para Doação de Órgãos e Tecidos; IV) Afeto, Sentimento e Emoção intervenientes em Familiares e Profissionais; V) O Momento mais Difícil durante o Processo; VI) O Tempo envolvido no Processo de Doação.

A partir da leitura de tais tópicos realizamos a discussão baseada nas falas dos familiares e dos profissionais relacionando-as com a teoria psicanalítica. Em alguns casos foi possível relacionar a fala de familiares e profissionais respectivamente. Em outros tal relação não foi possível, então buscamos analisar as falas independente de fazer essa relação. Primeiro tentamos agrupar as falas dos familiares e depois a dos profissionais, em alguns casos surgem ambas juntas.

Escolhemos destacar os significantes mais representativos de cada fala. De acordo com Chemama (1995) a partir de Freud tornou-se evidente que a psicanálise é uma experiência da palavra. O significante é o elemento do discurso referível tanto a nível consciente como inconsciente, ele representa o sujeito que fala.

I. A Família diante da Gravidade do Quadro e da Abertura do Protocolo de Morte Encefálica

No discurso dos familiares, torna-se evidente o impacto vivido por eles diante da gravidade do quadro clínico do paciente. A partir dessa realidade, compreendemos que cada membro da família vai utilizar de maneira singular os

mecanismos de defesa necessários ao enfrentamento de tal realidade. No Quadro 1 a seguir apresentamos as falas dos respectivos familiares. Vale ressaltar que quatro significantes representam o referido momento, o primeiro deles *esperança* apareceu nas falas de dois familiares representados (F5) e (F10). *Desestrutura* e *desequilíbrio* foram significantes representados na fala (F8) a seguir:

Quadro 1 - Item I - A Família na Gravidade do Quadro e na Abertura do Protocolo de Morte Encefálica.

SUJEITOS	TRECHOS DAS ENTREVISTAS COM FAMILIARES	SIGNIFICANTES
F 5	<i>Pra mim é tipo assim, eu não tinha mais esperança, mas pra minha prima, ela tinha esperança, entendeu? Ela dizia ah, eu tenho esperança, não sei o quê, ela não tava bem acompanhando. Porque ela tava fora e eu tava lá dentro [da UTI] aí eu não, tá bem, tá bem, mas, eu sabia que não tava bem, mas a minha esperança não foi total, porque foi na cabeça a pancada.</i>	Esperança
F8	<i>Assim, foi um pesadelo porque você não esperava. Uma pessoa estar bem, você ter contato com essa pessoa durante o dia todo e em questão de segundos, assim, você vê que aquilo tudo que você viveu já está vivendo, já é passado. Aquele presente ali, a pessoa que você ama está hospitalizada, lutando a favor de sua vida, é muito complicado. Então, a família se desestruturou, um desequilíbrio, uma falta de entendimento, assim a gente começa a julgar até a si própria, por que comigo? Por que ela?</i>	Desestrutura e Desequilíbrio
F10	<i>Fiquei sentido, mas fiquei assim, com esperança de ele sair dessa. Ele [o médico] me explicou tudo como foi o que estava se passando, ele falou é tem que ter muita fé em Deus, e só um milagre mesmo pra ele sair dessa. Então, fiquei acreditando que poderia acontecer um milagre, ficava pedindo muito a Deus.</i>	Esperança

Fonte: Capítulo 5 - Apresentação dos Casos (5, 8 e 10).

Nas falas dos familiares representados acima (F5) e (F10), tornou-se evidente o sentimento de esperança. A expressão desse sentimento é natural nesses casos, emerge como uma expressão do desejo que o paciente sobreviva. Porém, quando é exacerbado, embora incompatível com a gravidade do caso, pode indicar a denegação de tal realidade, como um mecanismo de defesa do ego. A primeira fala (F5) da prima do paciente, revela uma esperança exacerbada da irmã apesar da gravidade do quadro. Os sentimentos que predominaram nessa família, na irmã e na mãe do paciente quando foi informada a morte encefálica foram revolta e desespero, conforme revela o caso 5.

No Quando 1 acima no fragmento da fala representada (F8) aparece como significantes *desestrutura* e *desequilíbrio*. Depreende-se a partir desses a angústia vivenciada pela família, pela irmã da paciente. De acordo com Moura (1996, p. 9), as pessoas, ao se depararem com acontecimentos inesperados em suas vidas, como

perdas de pessoas queridas, perdas da condição de saúde, procedimentos de cirurgias, tendem a rupturas e descontinuidade do eu, do ancoramento significativo. Então, o sujeito imerso na angústia, na dor ou no desespero, por exemplo, passa inclusive a se questionar: quem sou eu agora? Diante de tal realidade depara-se com um intenso abalo das certezas e ilusões que a sustentavam. No referido caso, a família era religiosa parece que os sentimentos de fé e esperança na recuperação foram fatores que contribuíram para abalar as certezas, ao ponto da irmã passar a questionar inclusive a existência de Deus, conforme é apresentado no caso 8.

A terceira fala representada (F10) no Quadro 1 indica os pensamentos do filho diante da notícia da gravidade do quadro e da abertura do protocolo de morte encefálica. A esperança apareceu de maneira equilibrada junto com a compreensão sobre a real possibilidade da morte.

A partir das falas do Quadro 1, consideramos que os familiares apresentam conteúdos subjetivos que sugerem demanda para o acompanhamento psicológico. Eles deveriam ser acolhidos pela equipe, como também, avaliados e escutados em sua singularidade subjetiva desde a abertura do protocolo de morte encefálica.

II. A Família diante do Fechamento do Protocolo e do Diagnóstico de Morte Encefálica

O diagnóstico de ME é a conclusão da investigação médica através do conjunto dos exames realizados durante o período da realização do protocolo de morte encefálica. Compreendemos que é sempre muito difícil para a família receber a notícia da morte. Também é delicado para o profissional informar tal diagnóstico. Em nosso estudo, tivemos dois casos onde o referido diagnóstico foi comunicado na beira do leito, ambos pelos profissionais de medicina.

Nesse item encontramos os seguintes significantes: angústia, impotência, denegação, desequilíbrio, emoção, choque, dor e fuga dentre outros. Compreendemos que tais significantes coexistem como mecanismos de defesa e estes contribuem para proteger o ego da angústia provocada diante de tal realidade. Observamos que eles se apresentam em diversos casos. Especialmente, a denegação, é identificada a partir do momento em que o familiar manifesta

dificuldades persistentes para compreender a explicação sobre a morte encefálica com a morte real, portanto tão difícil de assimilar.

A seguir no Quadro 3 os familiares descrevem o que experimentaram no momento da comunicação da morte encefálica. Compreendemos que a morte, mesmo quando já foi pensada em um momento anterior causa surpresa, impacto e dor dentre outros. É o que se pode depreender das falas representadas a seguir:

Quadro 2. Item II - A Família no Fechamento do Protocolo diante do Diagnóstico de Morte Encefálica.

SUJEITOS	TRECHOS DAS ENTREVISTAS COM FAMILIARES	SIGNIFICANTES
F 3	<i>Uma sensação de angústia, que do jeito que ele teve eu acho que poderia ter sido mais ágil, sei lá, é conhecido o hospital, sei lá, poderia ter dado mais atenção. É uma coisa que você tem, traumatismo, a prioridade é assistência, então, quando eu recebi aquela notícia, eu fiquei, disse, poxa, não pode ser.</i>	Angústia Impotência
F 8	<i>É um banho, assim, você toma um banho de água fria sem saber o por que. Então, a esperança naquele momento acabou a gente sabia que ela não tava mais lá, então, assim, a família entrou em um desequilíbrio, uma emoção muito forte tomou conta, mas depois a gente sentou, se abraçou e disse assim [nome da paciente] não gostaria jamais que a gente tivesse assim, ela era alegre então se ela continuasse viva e com sequelas, o que seria, entendeu?</i>	Desequilíbrio Emoção

Fonte: Capítulo 5 - Apresentação dos Casos (3 e 8).

A fala representada (F3) no Quadro acima revela a angústia vivida pelo irmão quando recebeu a notícia da morte encefálica. Em muitos casos, os membros da família procuram alguém ou mesmo a instituição para ser responsabilizada pela morte. A angústia descrita nos pareceu estar relacionada com a sensação de impotência diante da notícia.

No Quadro 2 acima o fragmento da fala representada (F8) expressa o abalo sofrido pela família diante do impacto da notícia. A irmã, familiar entrevistada, revela o sentimento de esperança existente até o momento, mesmo diante da gravidade apresentada, da possibilidade de morte anteriormente informada durante os boletins médicos. O desequilíbrio foi um significativo revelado, como também, a forte emoção descrita e vivida por eles.

A seguir, o Quadro 3 revela o diálogo entre a familiar e o profissional do caso 6 representadas (F6 e P6). A mãe demonstra um impasse, um impedimento de compreensão diante da explicação médica, a denegação aparece aí como um mecanismo de defesa durante a tentativa da profissional de informar a notícia da

morte do filho. Inclusive, ela apresentou também um tom de indignação quando questiona a informação da profissional. Conforme é descrito no caso 6, a criança sofreu um traumatismo crânio encefálico (TCE) em decorrência de um atropelamento. Segundo Buosso (2008, p. 49) a família encontra-se vivendo um pesadelo com o acidente de uma criança, ela fica amedrontada com a possibilidade concreta da morte. Mannoni (1995, p. 35) refere-se às palavras de Freud quando este perdeu a filha Sophie: “No fundo do meu ser [...]” escreve ele a Firenze “[...]” descobro o sentimento de uma perda narcísica irreparável”. Mannoni diz que Freud quase se desculpa por fazer pesar sobre seu interlocutor, no caso Firenze, o peso de sua dor. A seguir em (F6) e (P6) o discurso entre mãe e profissional:

Quadro 3. Item II - A Família no Fechamento do Protocolo diante do Diagnóstico de Morte Encefálica.

SUJEITOS	TRECHOS DAS ENTREVISTAS DE FAMILIARES E PROFISSIONAIS	SIGNIFICANTES
F 6 P 6	<i>Você está me dizendo que ele está vivo porque tem fluxo, tem sangue, é isso? Não, eu disse que clinicamente ele já está morto, mas que ainda existe um restinho de sangue no cérebro, no exame.</i>	Denegação
F 10 P 10	<i>Ah! fiquei chocado, né? Doeu, mas o médico falou que eu podia esperar qualquer coisa. Então já tava, já ciente, já que a qualquer hora podia chegar uma notícia ruim, chegar uma notícia boa também ou chegar uma notícia ruim. E é isso aí, né? E a vida continua. É, eu achei que o filho fugiu, procurou fugir um pouco. Eu não vi comparando com outras famílias é aquele, aquela tristeza, aquela, algum pontinho de esperança ou de dúvida do protocolo, eu achei que ele, assim, aceitou muito bem, né? Eu achei, ele pode dizer assim, meio frio, diante de uma notícia como essa.</i>	Choque Dor Aceitação Fuga

Fonte: Capítulo 5 - Apresentação dos Casos (6 e 10).

O Quadro acima a fala representada (F10) revela que o filho apesar de demonstrar sentimentos de choque e dor, estava preparado para lidar com a notícia da morte do pai. A aceitação foi o significante escolhido para representar esse momento. Em relação a fala da profissional (P10) e a percepção da mesma sobre a reação do filho, vale ressaltar que ele havia recebido o comunicado da ME, primeiro por telefone, através do tio, depois através do médico da UTI. Quando a profissional iniciou a entrevista familiar falando sobre a ME, ele já havia tido tal explicação em um momento anterior. Como foi demonstrado em outros casos deste estudo, a profissional que conduziu a entrevista familiar para doação não ficou junto com o

médico no momento da comunicação da ME. Como também, não havia feito uma aproximação anterior com os familiares, dessa maneira não conhecia a família, então, não tinha a noção sobre a reação do filho quando recebeu inicialmente a notícia do fechamento do protocolo com a comunicação da ME.

A seguir as falas representativas dos profissionais do Item II:

Quadro 4. Item II - A Família no Fechamento do Protocolo diante do Diagnóstico de Morte Encefálica.

SUJEITOS	TRECHOS DAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS	SIGNIFICANTES
P 4	<i>O sentimento de perda, de não ter mais o filho junto dela, né? O que a gente mais percebe é isso, né? O que a gente mais percebe é isso, o sentimento de esperança está sempre ali, né? Presente, mesmo a gente dizendo que está muito grave que está fazendo o protocolo pra confirmar, mesmo assim, eles têm esperança de que seja negativo.</i>	Perda Esperança
P 7	<i>Na beira do leito eu falei pra ele sobre o resultado do protocolo pra morte encefálica, falei que tinha sido positivo para a morte encefálica e que a gente precisaria conversar, apenas isso. A reação dele foi de quem não tinha ouvido muito bem e que precisava ir para um lugar mais calmo. Aí foi quando a gente foi para o Serviço Social e eu voltei de novo sobre o mesmo tema, que tinha é, é feito um protocolo para a morte encefálica e que o protocolo tinha sido positivo.</i>	Denegação

Fonte: Capítulo 5 - Apresentação dos Casos (4 e 7).

Na fala acima a profissional representada (P4) identifica o sentimento de esperança da mãe. Porém, não demonstra compreender o motivo da persistência de tal sentimento até mesmo quando as evidências levam a crer que o filho está morto. No referido caso pensamos na resistência que atua para proteger o ego de um forte abalo pulsional e da ruptura com a realidade, isso nos revela um impasse subjetivo.

No Quadro 4 acima a fala representada (P7) demonstra a tentativa da profissional de comunicar a morte encefálica do paciente na beira do leito. O pai do paciente apresenta dificuldades em compreender que o filho está morto, consideramos que tal notícia jamais deveria ser comunicada na beira do leito. A reação do pai revela o impacto de tal notícia, ele não consegue entender a informação da médica e pede para sair. Pudemos identificar daí como mecanismo de defesa a denegação diante da difícil realidade da morte. Pensamos que tal mecanismo quando não é trabalhado pode atuar em favor de um impasse subjetivo, este paralisa o familiar e o impede compreender a morte encefálica como sendo a morte real.

Consideramos fundamental que os membros das famílias tivessem um espaço reservado e profissionais capacitados para a escuta e o manejo da angústia

e dos sentimentos inerentes a esse momento. A escuta específica poderia ajudar o familiar a elaborar a perda e a dor inerentes ao processo. O modelo espanhol preconiza que os familiares precisam primeiramente ser assistidos em suas necessidades emocionais. Talvez assim, eles possam chegar ao momento da decisão sobre a doação de maneira mais equilibrada e portanto mais humanizada.

Neste estudo, em vários casos a notícia da ME foi dada à família pelo médico plantonista da unidade de assistência, sem a presença da profissional que realizaria a entrevista familiar para doação. Apenas em poucos casos aconteceu do médico plantonista estar acompanhado da referida profissional. Houve duas situações em que o médico plantonista da Central informou a ME e conduziu a entrevista familiar para doação. Tornou-se evidente, nesse grupo de profissionais, que a prática mais comum é da profissional responsável pela entrevista não acompanhar o médico da unidade onde o paciente está internado quando do comunicado do diagnóstico de ME. Desta maneira, a profissional perde a oportunidade de acolher a família e de ter acesso aos impasses subjetivos intervenientes no momento. Os familiares também perdem por não receberem acolhimento e a escuta que dentre outros benefícios favorece a entrada no processo do luto. Consideramos relevante que a notícia da ME fosse dada conjuntamente com o profissional responsável por conduzir a entrevista familiar para doação.

III. Entrevista Familiar para Doação de Órgãos e Tecidos

A entrevista familiar é uma etapa muito delicada do processo de doação. Concordamos com Martins e Cosmo (2009) quando elas nos dizem que surgem em cena diferentes sentimentos: tristeza profunda, revolta, choro compulsivo, desespero, como também se manifesta a crença de que haverá reversão da situação e mesmo a aceitação da perda. Nesse momento, a família passa a ser o centro do processo de doação, cabe a ela decidir se vai ou não haver a doação. Faz-se notar que a condução da entrevista familiar é fator relevante para o resultado da mesma, conforme abordado no final do capítulo dois.

De acordo com o Modelo Espanhol, segundo JAGER et al (E.D.H.E.P., d./n.id.) a Entrevista Familiar para Doação deve acontecer após a família ter sido

comunicada da morte encefálica e da mesma ter sido assistida em todas as suas necessidades, inclusive, as subjetivas.

Consideramos importante que os profissionais pudessem iniciar a entrevista familiar para doação convidando a família para falar sobre o que teria ela compreendido do processo até aquele momento e, a partir dessa escuta, prosseguir na condução da entrevista. Em nosso estudo a maioria das profissionais inicia a entrevista da mesma forma, repetindo o resultado dos exames da ME. Em vários casos tal explicação se torna repetitiva, pois os familiares já tinham ouvido a explicação da ME pelo médico plantonista da unidade onde o paciente encontrava-se internado.

A seguir, o Quadro 5 apresenta uma fala do Item, da familiar do caso 8:

Quadro 5. Item III - A Entrevista Familiar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.

SUJEITO	TRECHO DA ENTREVISTA COM UMA FAMILIAR	SIGNIFICANTES
F 8	<i>Você vai se apegando em cada etapa, né? Você tenta se apegar em cada etapa, aí chega uma equipe médica pra passar informação pra gente e aí tenta de alguma forma ajudar outras pessoas que também estão tentando lutar em favor da vida, que é a doação de órgãos, mas pra gente que ta perdendo a pessoa que a gente ama, assim é como se você tivesse cooperando com a morte dela também. Não é ignorância não. Não é ignorância, imagine uma pessoa boa que você ama e que em questão de segundos ela não morreu por completo.</i>	Apego Denegação Angústia

Fonte: Capítulo 5 - Apresentação do Casos (8).

O recorte da fala acima representada (F8) demonstra como significativa o apego. A denegação aparece diante da comunicação da morte. É interessante que ela afirma não ser por ignorância essa dificuldade de assimilação. Compreendemos que a denegação aparece como um mecanismo de defesa que favorece um impasse subjetivo. No caso compreender a realidade, ou seja, a morte real. Então, ela denega o que ouve, não consegue compreender. É interessante que apesar de ser uma pessoa com bom nível intelectual, de ser socialmente considerada uma pessoa esclarecida, ainda assim a denegação se faz presente. Pensamos que diante de tal comportamento a familiar demonstrava uma demanda para ser escutada desde a abertura do protocolo, talvez dessa forma pudesse elaborar a referida situação de uma maneira mais equilibrada.

Quadro 6- Item III - A Entrevista Familiar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.

SUJEITOS	TRECHOS DAS ENTREVISTAS COM FAMILIARES E PROFISSIONAIS	SIGNIFICANTES
----------	--	---------------

F 6	<i>Não quero doar nada, meu filho já sofreu muito e eu não quero que abra ele para tirar órgãos, eu quero que ele volte à terra assim como ele veio.</i>	Indignação
P 6	<i>É, pelo que me disseram, pelo que me disseram, eu pensei que, eu entendi que eles [os pais] não tinham caído muito a ficha, quando foi dada a notícia, porque sempre disseram [os profissionais da UTI] que a mulher era escandalosa. Que era aquilo, que a mãe fazia um escândalo e na hora H ela ficou calada, né?</i>	Choque
F 9	<i>Então, já havia a avaliação de um doador em potencial, eu também como eu to dizendo, eu não vou culpar a equipe porque eu tenho essa razão. Mas uma mãe, um pai, pode ser até um tio, eu ia dizer até um tio, eu sou o tio, uma pessoa que esteja menos preparada emocionalmente não ia processar uma informação dessas. Então, e também eles [a equipe] não teriam como avaliar que eu teria estrutura para adiantar esse procedimento[a entrevista] só isso que eu observo. A gente [a família] perde certo tempo nesse processo, como se fizesse uma sondagem [uma investigação], tem alguém da família que tem uma estrutura emocional mais forte que a gente, possa ir preparando esse terreno [da morte e da doação].</i>	Indignação
P 9	<i>Foi assim, foi muito tranquilo, realmente assim, não se teve dificuldade nenhuma; o que não é o comum no dia a dia, principalmente porque a dificuldade em se aceitar a morte ta sendo, é grande. No momento em que se comunica e se aborda sobre a questão da doação, tem que ter muito cuidado porque às vezes a família pode até achar que é uma falta de respeito, né? A situação em que eles estão atravessando e a gente por outro lado, tem que tentar fazer essa abordagem, por que o tempo que a gente tem é muito pouco pra poder conseguir realmente ter sucesso, caso seja decidido realmente à doação, pra poder haver captação.</i>	Cuidado
F 10	<i>Eu posso dizer que foi, foi legal, conversaram assim, sem tá pressionando, explicou como é, se a gente queria ou não, eu achei legal a forma de vocês.</i>	Respeito
P10	<i>Eu acreditei que a família, eu acredito que ele já tinha uma opinião formada sobre o tema porque foi uma família que não hesitou em concordar. Então, eu acredito que ele já tinha alguma orientação, algum conhecimento, né? Que eles já tinham uma opinião formada, a favor da doação.</i>	Aceitação

Fonte: Capítulo 5 - Apresentação dos Casos (6, 9 e 10).

No Quadro 6 a fala da familiar representada (F6) revela a decisão da mãe de não conceder a doação do filho. JAGER et al (E.D.H.E.P., d./n.id.) interpretam esses casos em que a família teme a mutilação dos órgãos porque o familiar já sofreu muito, como uma atitude que pode significar a existência de sentimentos de culpa, e por isso os familiares preferem manter a integridade do corpo. No referido caso diversos fatores podem ter contribuído para tal reação, dentre eles, como acontece com frequência em nossa realidade a falta de informação sobre o processo de doação.

Durante a entrevista familiar para doação, a mãe no referido caso 6, demonstrou o sentimento de indignação e em seguida a negativa familiar para doação. Neste momento o pai apresentou interesse pela doação, porém a escolha da mãe foi decisiva para a negativa. Vale ressaltar que na maioria dos casos, inclusive de acordo com os Manuais de Entrevista Familiar para Doação, o tema doação de órgãos só é explicado no momento em que o protocolo é fechado. A literatura enfatiza que seria uma falta de respeito o profissional falar de doação antes da conclusão da ME. Concordamos, entretanto quando o familiar fala sobre doação em um momento anterior ao fechamento do protocolo de ME, durante a fase dos exames, no nosso entendimento significa uma demanda de saber sobre a causa da doação, cabe uma escuta delicada. Tal demanda, em nossa opinião, deve ser considerada e acolhida com respeito e cuidado. Na prática, a maioria dos profissionais pede para o familiar aguardar o fechamento do protocolo de morte encefálica para somente depois voltar a falar sobre doação. Geralmente o assunto retorna somente no momento da entrevista familiar para doação. Desta maneira, o familiar em muitos casos não encontra um espaço de escuta para revelar seus pensamentos, dúvidas e fantasias que envolvem o tema da doação conforme foi revelado no caso 6.

No Quadro 6 é interessante a percepção mencionada pelo tio representado (F9). Ele expressa com indignação a opinião de que a família perde tempo para decidir sobre a doação. Então sugere que a equipe deveria fazer uma avaliação durante o processo, se existe algum membro da família em condições de ir conversando sobre a doação durante o tempo da realização dos exames e não somente no último momento na entrevista familiar para doação, conforme revela o caso 9.

A fala representada (F10) no Quadro 6 demonstra que o filho, familiar entrevistado, se sentiu respeitado durante a entrevista familiar para doação. Na fala representada pela profissional (P10) ela refere que os familiares quando participaram da entrevista para doação, o filho e o irmão do paciente, pareciam que detinham um conhecimento prévio sobre a doação de órgãos. É interessante que apesar destes não terem o conhecimento do desejo do paciente em vida, foi possível fazer uma escolha de maneira equilibrada. Inclusive, o filho após ter decidido pela doação realizou uma ligação para o interior para perguntar sua avó, a mãe do paciente se ela concordava com a escolha pela doação. O presente caso

demonstra a importância das campanhas de educação para a população. Em nosso Estado consideramos a população de maneira geral, inclusive os profissionais de saúde, são pouco informados sobre o tema. As campanhas do Ministério da Saúde deveriam priorizar as demandas estaduais. Talvez dessa maneira chegássemos a uma realidade mais homogênea diante da discrepância existente em nosso país sobre a doação e o transplante de órgãos e tecidos.

A seguir o quadro 7 apresenta a opinião das profissionais do Item III:

Quadro 7- Item III - A Entrevista Familiar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

SUJEITOS	TRECHOS DAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS	SIGNIFICANTES
P 3	<i>Eu achei que a família, que os irmãos dele tavam já preparados, já tinham lido alguma coisa sobre, porque na mesma hora que eu falei falaram que queriam, mas que eles queriam a resposta da esposa. Então, foi aí que nós demos um tempo pra que eles pudessem pensar e conversar entre eles: o que é que eles achavam sem que a gente tivesse próximo, que às vezes quando a gente ta próximo constrange, né?</i>	Preparação Informação Tempo
P 4	<i>Agora, é, se eu já tivesse um contato maior com eles, né? Talvez fosse até mais fácil a minha entrevista, né? De explicar, de passar, de falar. Apesar de que a mãe era a única que não sabia né? Todos já sabiam da morte encefálica, da provável doação de órgãos, como é que tinha que se fazer, menos a mãe.</i>	Frustração

Fonte: Capítulo 5 - Apresentação dos Casos (3 e 4).

A fala da profissional representada (P3) no Quadro 7 acima revela que ela estava junto com o médico que comunicou a ME. No caso referido a profissional convidou o médico para comunicar a ME na sala da enfermagem na UTI. Na realidade a profissional desde o primeiro contato com a família ela apresentou uma atitude acolhedora, inclusive a partir da comunicação ME realizada pelo médico, ela manteve o acolhimento e escuta para com a família e prosseguiu a entrevista familiar para doação. A enfermeira, além de esclarecer todas as perguntas, ofereceu à família um tempo, ainda na sala cedida para a entrevista, de forma que eles pudessem conversar entre si e adotar uma postura quanto à doação. A postura da referida profissional revela que é possível conduzir o processo, inclusive, a entrevista familiar para doação, de maneira mais acolhedora e humanizada. Os significantes escolhidos que representam essa fala foram: preparação, informação e tempo.

No recorte da fala da profissional representada por (P4), no Quadro 7 ressaltamos o fato da profissional mencionar que a entrevista poderia ter sido mais

fácil, caso ela tivesse um contato anterior com a família. Nesse caso, vale lembrar que a profissional não acompanhou o momento da comunicação do diagnóstico da morte encefálica realizada pelo médico da UTI. No presente estudo, essa atitude foi frequente entre os profissionais que realizam a entrevista familiar para doação, quando indagados, eles disseram preferir ter o contato com a família em momento posterior à comunicação da ME. Em dois casos nos disseram que preferiam ficar observando a reação da família de longe na UTI, durante a comunicação da ME. Uma profissional referiu que caso permanecesse junto com o médico que comunica a ME, os familiares poderiam pensar que ela só estaria ali porque queria os órgãos do paciente. Pensamos que tal postura pode sugerir a existência de um impasse subjetivo e por tratar-se de um momento onde os conteúdos subjetivos dos familiares podem ser aflorados, dentre eles, a angústia, a emoção e sentimentos de desespero e indignação, dentre outros, então essa seria uma forma, mesmo que inconsciente, de protegerem-se destes.

A referida profissional menciona, em sua fala, a questão do tempo na entrevista familiar; diz que a morte é comunicada à família e logo em seguida se fala em doação. Ela sugere ser preciso cautela nesse momento, porque a família pode achar uma falta de respeito. Acreditamos que os membros da família, quando não conhecem os profissionais, quando não existiu a construção de um vínculo durante o processo, é bem mais provável que tal fato possa acontecer. Em nosso estudo, tornou-se evidente que, na maioria das vezes, os profissionais não tinham vínculo com a família. Dessa maneira, ocorre, durante a entrevista familiar para doação, que os membros da família possam reagir de maneira inesperada, muitas vezes com hostilidade, principalmente se a equipe não tiver oferecido um espaço para esclarecer as dúvidas e as incertezas sobre o quadro clínico durante o processo de doação. Vale ressaltar que quando não existe o vínculo anterior, o profissional, além de ficar mais exposto a situações inusitadas, perde também uma parcela significativa de chance para o consentimento familiar para doação.

Consideramos que seria relevante se houvesse uma parceria efetivada entre o Serviço de Psicologia e a equipe da Central de Órgãos. Compreendemos que a equipe responsável pela condução do processo de doação não tem como uma rotina solicitar que o Serviço de Psicologia acompanhe todos os casos de suspeita de morte encefálica. Parece que a psicologia é convidada a participar nos casos mais difíceis, somente nesses casos a equipe reconhece a do profissional.

IV. Afeto, Sentimento e Emoção intervenientes em Familiares e Profissionais.

Para Vieira (2007), o sentimento “seu nome já diz, ele é da família da sensação e da sensibilidade, do senso, do sentido e, como tal, ele é sentido subjetivado. Seu valor só se instaura a partir do jogo significativo pelo qual ele é constituído”. Dessa maneira o sentimento pode ser nomeado, descrito, revelado ou representado. Por isso se diz que o sentimento mente e o único afeto que não engana é a angústia porque esta se apresenta no desconforto do corpo real e na impossibilidade de se revelar.

Besset (2002) sugere pensar a angústia como uma presença que escapa a qualquer saber, pois não se trata de algo do terreno de uma verdade absoluta, mas de uma certeza jamais relativa. [...]. Sendo assim, a concepção da angústia como o único afeto que não engana é reafirmada, no segundo tempo do ensino de Lacan em que o real é tomado como impossível de escrever. [...].

Neste estudo a angústia foi um afeto significativo. Presente tanto na fala dos familiares como também nos profissionais. Em muitos momentos é possível identificar a dificuldade de nomear a angústia, ela aparece algumas vezes encoberta, disfarçada nas entrelinhas do discurso, outras vezes como um pano de fundo do discurso tanto dos familiares como dos profissionais.

Para Vieira (2001) existe uma distinção clara estabelecida por Lacan entre afeto e emoção. A emoção, como agitação corporal, situa-se no registro da energia vital. Poderíamos situá-la aproximando-a da vertente real do afeto. [...] Poderíamos dizer, nesse sentido, que o afeto é aquilo que, no enquadre psicanalítico, ocupa o lugar da emoção. “Ela a inclui e a transcende ao mesmo tempo. Isto é uma simplificação, mas nos dá uma idéia de um plano no qual estão em jogo determinadas relações a partir das quais se pode conceber a emoção como uma forma do movimento do afeto”.

Pensamos que saber manejar a angústia se torna fundamental não somente na clínica tradicional, como também em situações de urgência subjetiva como é o caso de pacientes e familiares em situações de hospitalização. Consideramos que os membros das famílias envolvidos no processo de doação de órgãos e tecidos

apresentam conteúdos subjetivos: afeto, sentimento e emoção que precisam ser identificados e manejados pelos profissionais.

Abaixo, o quadro 8 revela a as falas dos familiares do item IV:

Quadro 8. Falas representativas do item IV – Afeto, Sentimento e Emoção intervenientes em Familiares.

SUJEITOS	TRECHOS DAS ENTREVISTAS FAMILIARES –	SIGNIFICANTES
F 5	<i>Ah, eu tive um sentimento assim de que como ele já tava morto, já não tinha mais nada a fazer, que o órgão realmente sobrevivesse em outra pessoa, eu queria que sobrevivesse, pelo menos ficava na lembrança que alguém, quantas pessoas está na fila esperando. Ah, é, a gente fala assim, ah, não, mais se fosse eu, se estaria alguém da minha família esperando, eu ia querer receber.</i>	Frustração
F 8	<i>São vários os sentimentos, de desespero, no mesmo momento que você sente o desespero, você sente aquela coisa assim, oh, seja feita a vontade de Deus. Não podemos ser egoísta pra que ela ficasse de uma forma. Também vem aquele desespero, não que se Deus quisesse teria levantado ela dali, entendeu? É uma confusão sentimental muito grande, entendeu? Você não consegue, é tanto que até hoje eu não consigo medir, nem eu nem minha mãe, a gente não consegue medir o sentimento, entendeu? Por quê? Porque há uma confusão mental muito grande, na mesma hora que você tenta se acalmar, acomodar seu coração, dizer, assim, poxa, ela poderia ficar com sequelas.</i>	Desespero Confusão Angústia

Fonte: Capítulo 5 - Apresentação dos Casos (5 e 8).

A fala da familiar representada (F5) no Quadro 8 acima revela um sentimento de frustração pela negativa familiar para doação. A prima, familiar entrevistada, expressa o desejo de doar, o pai também era a favor, porém a doação não foi concedida pela mãe do paciente conforme demonstra o caso 5.

No Quadro 8 a fala do familiar representada (F8) revela que a família experimentou sentimentos tais como desespero e “confusão mental”. Sabemos que o impacto de uma má notícia pode levar o sujeito a uma desorganização subjetiva. A fala está permeada pela angústia, demonstra que há dificuldade para definir e escolher as palavras para representar os sentimentos, ela não consegue representar a dimensão destes. Para a psicanálise, a angústia é o afeto que não engana, apresenta-se no real do corpo a partir de um abalo, de um desconforto pulsional. Algumas vezes, a angústia surge como um sinal de que algo de ameaçador ou desestruturante está para acontecer ao ego.

A seguir o Quadro 9 revela as falas de familiares e profissionais:

Quadro 9 - Falas do Item IV - Afeto, Sentimento e Emoção intervenientes em Familiares e Profissionais

SUJEITOS	TRECHOS DAS ENTREVISTAS FAMILIARES E PROFISSIONAIS	SIGNIFICANTES
F 9	<i>De felicidade, porque eu não sou daquele tipo assim que vou saber onde ta o coração do meu sobrinho. Onde é que foi parar o rim, isso aí eu acho que só as pessoas extremamente românticas, muito apegadas à carne é que nutrem esse tipo de emoção. Eu acho que não, eu sei que em algum lugar tem alguém sobrevivendo e torço que sobreviva com qualidade e que meu sobrinho é responsável por isso.</i>	Felicidade
P9	<i>Me senti assim, satisfeita por a família ter aceitado. Porque, já que aconteceu o desfecho que foi com a morte pra família. Por outro lado, eles vão ajudar, com certeza, outras pessoas a viver, então, é isso aí, acho que não só pra eles, como também pra mim, é uma coisa que é gratificante, e pra família, acho que diminui um pouco, pra família consegue diminuir um pouco a dor e pra gente satisfaz porque a gente conseguiu o objetivo que é justamente ajudar outras pessoas a viverem.</i>	Satisfação
F 10	<i>É que nem eu falei, assim, sabe, eu acho que vai ficar uma parte dele aqui. Salvar outras vidas, tem gente precisando de um coração, um fígado, um rim, na fila da espera sofrendo, aí, eu imagino assim.</i>	Continuidade
P 10	<i>A orientação, né? Tanto do profissional da equipe daqui do hospital, em relação aos exames, ao protocolo pra essa família, como uma, a educação prévia, contato prévio com o fluxo da doação, né? As etapas, a importância da doação. Acho que isso aí foi muito importante, principalmente a orientação. Acho que essa foi uma família muito orientada, em momento nenhum ela se mostrava com dúvidas sobre o processo, tá? A tranquilidade, foi uma família que ela conseguiu, acho que manter uma tranquilidade do início até o fim, muito disponível, uma família disponível, atenciosa, acho que isso foi o mais importante pra conseguir um processo liso.</i>	Solidariedade Tranquilidade

Fonte: Capítulo 5 - Apresentação dos Casos (9 e 10)

No Quadro acima o fragmento representado (F9) revela a satisfação nomeada pelo significante *felicidade*. Neste caso, o tio conseguiu que a família concedesse a doação. A profissional (P9) refere satisfação porque a família decidiu doar, menciona então, que a doação além de ajudar outros pacientes ameniza a dor da família.

No Quadro 9 na fala do filho familiar representado (F10) tenta nomear o sentimento dele ao consentir a doação. Talvez um sentimento de continuidade da vida quando diz que algo vai permanecer e também de solidariedade ao referir que vai ajudar outras pessoas. Alguns autores mencionam que a doação é benéfica para a família, serve como um consolo para a situação trágica da morte. Sadala (2004), diz que é possível pensar que aqueles que aceitam e lidam melhor com a perda possam sentir-se mais tranquilos quando fazem a escolha pela doação de órgãos. Ressaltamos que a família, ela pode fazer um percurso pelo campo da subjetividade e chegar a conclusão que a doação vai lhe trazer benefícios. Entretanto, vale deixar claro que esse argumento não deve ser usado pelo profissional que conduz a

entrevista familiar da doação de maneira a persuadir os familiares a concederem à doação. Essa é uma discussão que perpassa o campo da ética.

A profissional representada (P10) no Quadro 9 considerou que a informação prévia sobre o processo foi fundamental para que a família escolhesse doar. O filho, durante a entrevista da pesquisa, revelou que conhecia o tema da doação de órgãos através da escola. A seguir o Quadro 10 apresenta o Item IV:

Quadro 10 - Falas do Item IV - Afeto, Sentimento e Emoção intervenientes em Familiares e Profissionais

SUJEITOS	TRECHOS DAS ENTREVISTAS PROFISSIONAIS	SIGNIFICANTES
P 4	<i>Eu acho que o [afeto] negativo foi a angústia da mãe em receber a notícia, não é? E o [afeto] positivo, eu acho que foi o estímulo, a vontade de doar que tinha, né? O restante dos familiares, o irmão, a tia, né? A cunhada, a mãe, e aquela vontade, aquela [...] é esperança mesmo, né, de que pudesse doar.</i>	Angústia Esperança
P 6	<i>Eu sempre que dou uma notícia para alguém, mas foi o médico que deu, mas a gente tava acompanhando, né? Eu sou muito sensível, eu fico muito triste, ainda mais quando a família, ao mesmo tempo que se diz que tá morto, [perguntamos] à família se quer doar, não foi o caso deles. A gente fica triste porque confirma que um menino de 12 anos morreu, mas ao mesmo tempo eu fiquei aliviada, porque já era uma história que estava desde segunda-feira trazendo sofrimento para a família, de é ou não é, e eu acho que o sentimento que mais prevaleceu na minha cabeça, na hora que foi passado pra ela que tava morto foi de alívio, porque acho que já tavam sofrendo demais.</i>	Tristeza Alívio
P 7	<i>Eu acho que de dor mesmo, dor por perda, a dor da perda mesmo. Ele tava meio, ele não tava muito centrado depois disso, ele não ficou muito centrado. A dor mesmo da perda de um filho, né? A dor da perda de um filho mesmo.</i>	Dor

Fonte: Capítulo 5 - Apresentação dos Casos (4, 6 e 7).

No Quadro 10 a profissional representada (P4) chegou a identificar o afeto, ela nomeia a angústia da mãe diante da situação de comunicação da morte do filho. Entretanto não soube o que fazer diante da angústia do outro. A mãe ficou calada devido ao impacto da notícia, encontrava-se em estado de choque, imersa na angústia. A profissional diante do silêncio ofereceu a oportunidade da doação. Após alguns minutos, a mãe conforme revela o caso 4 reagiu e disse de forma muito enfática que não gostaria de conceder a doação porque o filho já havia sofrido demais e ele havia manifestado em vida que não era a favor da doação.

A fala de da profissional (P6) representada no Quadro 10 nos diz da existência da ambiguidade dos sentimentos humanos, esta existe e é natural que se manifeste em um momento tão difícil, de mobilização de conteúdos subjetivos conscientes e

inconscientes, para ambos os lados. A profissional disse ter sentido tristeza diante dos familiares e depois alívio com a conclusão do caso. Vale ressaltar que ela acompanhou a comunicação da ME realizada pelo médico e revelou que é sensível ao sofrimento familiar. Diante disso concluímos que estar ao lado do médico no momento da comunicação da ME pode ser mais mobilizador para o profissional do que estar à distância como foi visto na maioria dos casos e depois aproximar-se da família somente para realizar a entrevista familiar. Sugerimos que os profissionais precisam de uma capacitação que inclua os aspectos subjetivos para enfrentar esse momento, caso contrário, escolhem ficar sempre que possível distante. Consideramos que tal postura pode interferir sensivelmente na decisão familiar sobre a doação.

A fala da profissional (P7) no Quadro 10 demonstrou que ela identificou a dor subjetiva e a desorganização psíquica do pai do paciente após a comunicação da morte do filho, uma notícia difícil e impactante para o ego suportar. Neste caso, a profissional não ofereceu acolhimento e escuta ao pai para que ele pudesse falar de seus conteúdos subjetivos. Observamos durante a entrevista familiar que a possibilidade da doação foi colocada logo após a notícia da ME dada pela profissional da área médica, conforme pode ser visto no caso 7.

Nasio (1997), em seu estudo sobre dor, propõe uma definição da dor psíquica. A dor é um afeto que exprime na consciência a percepção pelo eu – percepção orientada para o interior – do estado de choque, do estado de comoção pulsional (trauma) provocado pela ruptura súbita ao laço que liga um sujeito ao outro eleito. O referido autor aponta estados simultâneos do eu atravessado pela dor, e afirma não existir afeto “novo”, pois o afeto é sempre fruto de uma repetição.

Sabemos também, refere o autor, que essa dor é a última muralha contra a loucura. Nos registros dos sentimentos humanos, a dor psíquica é efetivamente o derradeiro afeto, a última crispação do eu desesperado, que se retrai para não naufragar no nada, conforme foi explicitado anteriormente no capítulo 3.

V. O Momento mais Difícil para os Familiares e Profissionais

Buscamos com esse item revelar o que a família considerou mais difícil durante o processo de doação. A seguir no Quadro 11, as falas dos familiares evidenciam

que a necessidade de encaminhar o corpo para o Instituto Médico Legal (IML) nos casos de morte violenta, é sempre impactante para a família:

Quadro 11 - Falas do Item V - O Momento mais Difícil para os Familiares e Profissionais

SUJEITOS	TRECHOS DAS ENTREVISTAS FAMILIARES	SIGNIFICANTES
F 5	<i>O momento mais difícil foi depois que enterrou, assim que já tinha desligado os aparelhos e que enterrou sem doar.</i>	Frustração
F 8	<i>Foi quando a assistente social ligou dizendo que os órgãos dela também tinham parado, então foi a pior parte, porque até mesmo você falando que era morte encefálica, mas quando você se encostava nela, embora os aparelhos tavam ajudando, mas é como se tivesse vida, você tava vendo, entendeu?</i>	Parada órgãos
F 9	<i>(...) tem que passar por uma exumação, então talvez esse seja um momento difícil e doloroso por que ai você vai decidir ou eu joga no lixo ou eu dão pra alguém que possa manter esses órgãos vivos e transformar esse momento feio numa coisa prazerosa, satisfatória que remete a felicidade a continuidade a própria vida, ele não tem filhos, então de uma certa forma ele continua.</i>	Autópsia

Fonte: Capítulo 5 - Apresentação dos Casos (5, 8 e 9).

O recorte da fala representada (F5) no Quadro 11 acima revela como significativa a *frustração* por não ter consentido a doação. Na fala deixa transparecer o vazio deixado pela morte, nesse caso de uma criança conforme demonstra o caso 5. De acordo com Cinque, Bianchi e Costa (2008, p. 1010-1013.), “[...] permitir a doação conforta e colabora para dar sentido à morte do familiar”. Os autores ressaltam, porém, que não conhecer os receptores gera frustração e convivência com idéias sobre o comércio de órgãos. Provavelmente, o ato da doação, além de ajudar outras pessoas, deve significar, para algumas famílias, a continuidade da vida de seu ente querido.

No Quadro 11 sobre a fala representada (F8) concluímos que a familiar manteve uma postura de denegação da realidade da morte mesmo após o comunicado da ME e da entrevista familiar para doação. Pensamos que nesse caso se revela um impasse subjetivo e a impossibilidade da familiar concluir sobre a morte real. Teria sido fundamental um espaço de escuta que favorecesse a elaboração desse processo de perda. Diante dessa proposta podemos pensar que o

acompanhamento às famílias durante o processo de doação poderia beneficiar as mesmas ao ofertar acolhimento e escuta diante da dor da perda.

O familiar representado (F9) no Quadro 11 demonstra como é difícil deparar-se com a necessidade de encaminhar o corpo para autópsia no IML mesmo tendo consentido a doação. No presente caso ainda houve atraso na cirurgia de remoção, então o corpo não seguiu para o IML no horário previsto. O tio, no dia seguinte, retornou ao hospital e expressou indignado e intolerante diante da definição de um horário preciso para a liberação do corpo. Segundo os profissionais do plantão, ele chegou a verbalizar, em tom alto de voz, estar arrependido por ter concedido a doação. Ameaçou contar para todas as pessoas que aguardavam no interior do Estado, sobre as dificuldades relativas ao cumprimento dos horários, nos casos de doação de órgãos. Talvez as famílias, diante de fatos como este, se sintam desrespeitadas e desconsideradas nesse momento de dor e perda de um ente querido. Fatos como esse pode contribuir para a negativa familiar para doação.

De acordo com Oliveira (2005, p.79):

Para a viabilidade dos transplantes, surgiu a condição de consentimento do doador. O cadáver passou a ser visto como depositário de alternativa de suporte de uma outra vida. Percebe-se, então, importante mudança no valor do corpo humano: como material anatômico, seu uso para fins didáticos e/ou científicos passou a ter finalidade terapêutica. Mas, no âmbito da afetividade, o cadáver pertence à família, que trata das solenidades de luto e do sepultamento.

O autor ressalta que no âmbito da afetividade o corpo pertence à família, compreendemos que o corpo mesmo morto representa simbolicamente tudo o que resta de um sujeito. Compreendemos que não aceitar a idéia que o corpo seja cortado, violado para doação ou para as investigações necessárias da causa da morte no Instituto Médico Legal (IML), é uma forma de tentar proteger tudo o que resta de alguém. A seguir o Quadro 12 apresenta as falas representativas dos profissionais do Item V:

Quadro 12 - Falas do Item V - O Momento mais Difícil para Familiares e Profissionais

SUJEITOS	TRECHOS DAS ENTREVISTAS PROFISSIONAIS	SIGNIFICANTES
P 4	<i>No momento em que se falou sobre o exame, né? No Instituto Médico Legal, no (IML), né? Já deixou um pouquinho preocupado o irmão, né? E tinha aquela pessoa que tava sendo muito contra, então talvez</i>	Autópsia

	<i>tenha influenciado sobre isso, né?</i>	
P 6	<i>Eu acho que, que eles representaram mais dificuldade pra mim, difícil foi quando ficaram sabendo que iam, que o corpo iria ser encaminhado para o IML, que seria realmente desligado o aparelho.</i>	Autópsia
P 10	<i>Acho que o momento mais difícil foi [...] pra eles tava sendo a retirada do corpo, né? Eles se preocupavam muito mais com o horário da retirada, pra poder agilizar o velório, do que com a doação em si, acho que o mais, assim, que mostrou que eles ficaram depois mais ansiosos, foi pela, a liberação do corpo, né? Pra poder, eles poderem dar continuidade, no interior, ao velório e sepultamento, pra eles o mais complicado foi isso aí, mais a questão da logística da liberação do corpo.</i>	Espera do corpo

Fonte: Capítulo 5 - Apresentação dos Casos (4, 6 e 10).

No Quadro 12 as narrativas profissionais representadas (P4), (P6) e (P10) referem que o momento mais difícil foi a comunicação sobre a necessidade da ida do corpo para o Instituto Médico Legal (IML). Como também a fala representada (P10) referiu ser difícil a família aguardar pela liberação do corpo para prosseguir com o ritual de sepultamento. Compreendemos que seja natural que as famílias apresentem certo grau de ansiedade até momento da liberação do corpo para dar prosseguimento ao processo com o velório e o sepultamento. Rituais necessários para amenizar o sofrimento.

Em nossa realidade algumas famílias desistem de fazer a doação quando são informadas sobre o tempo necessário para a realização da cirurgia de doação e depois do encaminhamento do corpo para o IML nos casos de morte violenta. Essa questão merece uma discussão mais profunda que envolve diversos fatores, entretanto, não será possível fazer isto em nosso estudo. Porém, vale ressaltar que na nossa realidade algumas equipes transplantadoras cometem atrasos para realização da referida cirurgia. Em diversos casos os profissionais envolvidos no processo de doação precisam amenizar o desrespeito causado às famílias pela falta de cumprimento dos horários previstos. Compreendemos que a família em nossa realidade passa muitos dias aguardando o fechamento do diagnóstico de ME e após a entrevista familiar, quando ela escolhe a doação, ainda permanece a espera da cirurgia e depois em alguns casos da ida do corpo para o IML.

VI. O Tempo envolvido no Processo de Doação

O tema do tempo foi inserido no presente estudo a partir da nossa experiência prática durante a observação dos profissionais que conduzem a entrevista familiar para doação. O tempo oferecido à família entre a comunicação da morte encefálica e a decisão sobre a doação na maioria das vezes é curto, este estudo confirma essa premissa. Pretendemos analisar melhor esse tempo buscando identificar a compreensão dos conteúdos subjetivos dos familiares e dos profissionais envolvidos no processo. Na realidade objetivamos conhecer impasses subjetivos em familiares e profissionais que pudessem estar relacionados ao espaço de tempo compreendido entre a abertura do protocolo de morte encefálica e a decisão sobre a doação de órgãos e tecidos para transplantes.

A psicanálise lacaniana nos diz que quando somos colocados em situações de impasses em nossas vidas estamos diante das três moções temporais: o instante do olhar ou instante de ver, o tempo para compreender e o momento de concluir. No instante de ver o sujeito se depara com algo, mas é como se ele não apreendesse que aquilo diz respeito a ele, é um momento que o tempo é zero, momento de fulguração, onde o sujeito em questão é impessoal. O tempo para compreender é um tempo que se abre à meditação, ao raciocínio do que está em questão, o tempo de compreender é um tempo onde a hipótese se cristaliza, esse tempo inaugura a dimensão imaginária. No momento de concluir o sujeito urge por declarar algo, o sujeito declara o que é.

No capítulo três discorreremos sobre o tempo lógico de Lacan e no capítulo cinco, Apresentação dos Casos, em diversos momentos tecemos considerações buscando relacionar: a comunicação da abertura do protocolo de morte encefálica com o instante de ver; a realização dos exames com o tempo de compreender; e a comunicação do fechamento do protocolo com informação da morte encefálica com o momento de concluir sobre a morte real.

O tempo lógico se difere radicalmente do tempo cronológico da medicina. Dessa maneira, podemos ver que o sujeito do inconsciente, que é o sujeito da psicanálise, não viria à tona se não fora movido por algo para além de uma urgência ligada ao tempo cronológico, mas sim por “[...] um movimento de verificação instituído por um processo lógico [...]”. (LACAN, 1996, p. 203), no qual se destacam os três tempos referidos acima: o instante de ver, o tempo de compreender e o momento de concluir. Podemos afirmar, então, que o tempo lógico da psicanálise difere de maneira radical do tempo cronológico da medicina.

A seguir o Quadro 13 apresenta as falas dos familiares sobre o Item VI:

Quadro 13 - Falas do Item V I – Sobre o Tempo envolvido no Processo de Doação

SUJEITOS	TRECHOS DAS ENTREVISTAS COM FAMILIARES	SIGNIFICANTES
F 5	<i>Acho assim, que ela tava em desespero porque ela não sabia, nem assim, aí depois eu chamei minha tia em particular e falei: minha tia, a senhora aceita aí [a doação] ela disse não, eu disse ôxe, minha tia, aceite, ela disse, não tire o órgão dele não, eu não quero, eu não aceito. Aí eu acho, pra mim, que se fosse hoje, se ela tivesse visto, porque a gente tava dizendo que tava bom [durante o tempo da hospitalização], mas acho que se ela tivesse preparada, talvez ela até tivesse, ela aceitaria, mas acho que ela nunca tinha ouvido falar de doação de órgãos, entendeu? Ela nunca conviveu realmente com pessoas como a gente convive, que vive com doação de órgãos, então se ela convivesse. Pra ela isso foi um baque.</i>	Desespero Preparação Falta de informação
F 6	<i>Parece que ficaram enrolando para chegar até agora e dizer que pode até doar o órgão.</i>	Desconfiança
F 8	<i>A gente pediu simplesmente à equipe médica que os órgãos dela deixassem parar, que não desligassem os aparelhos, embora o relatório tivesse concluído no sentido de dizer que era morte encefálica. [...] É morte, mas, mesmo assim, a gente só pediu que os órgãos dela viessem a parar, já que a gente não optou pra fazer a doação de órgãos. Aí, eles respeitaram deixaram ligado até de manhã.</i>	Denegação

Fonte: Capítulo 5 - Apresentação dos Casos (5, 6 e 8).

Na fala do Quadro 13 acima representada (F5) a prima diz o quanto foi difícil para a mãe do paciente que não tinha informações sobre o tema compreender a morte encefálica e decidir algo sobre a doação. Nesse caso a mãe ficou sendo preservada das informações sobre a gravidade do quadro realidade pela própria família. Como também, ela não foi convidada pela equipe responsável pela condução do processo a comparecer ao hospital. Concluímos que equipe não identificou o referido fato, ela deveria ter sido assistida ao longo do processo conforme referimos mais detalhadamente no caso 5. Buosso (2008), em seu estudo intitulado “O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva” enfatiza que a família encontra-se em um contexto de dor e sofrimento preocupados, amedrontados e exaustos, portanto, torna-se um desafio compreender a morte encefálica, é preciso tempo para assimilar tal realidade. Nesse caso 5 houve ainda mais um agravante, o fato da mãe não ter nenhum conhecimento prévio sobre doação de órgãos.

O fragmento da fala representado (F6) no Quadro 13 demonstra que a mãe do caso 6, apesar de ter ficado ao lado do filho na UTI durante vários dias, não criou um vínculo de confiança com os profissionais responsáveis pela condução do

processo de doação. A falta de informação sobre o andamento do processo e a falta de confiança na equipe e no processo se tornam evidentes no caso 6. No presente estudo se tornou evidente que na maioria das vezes os profissionais responsáveis pela condução do processo de doação costumam informar muito bem às famílias os detalhes técnicos e a necessidade inclusive do intervalo de tempo entre a realização dos exames. Entretanto não realizam uma avaliação mais detalhada das demandas subjetivas apresentadas pelas famílias conforme referimos no caso 5.

A fala da familiar representada (F8) no Quadro 13 acima nos remete ao tempo lógico proferido por Lacan (1945), apresentado capítulo três. Acreditamos que a familiar, nesse caso a irmã, ainda estava no instante de ver a morte apenas como uma possibilidade. Pareceu-nos que o tempo foi curto para a familiar entrar no tempo de compreender que a morte encefálica é a morte real. A denegação da referida familiar foi marcante nesse caso e inclusive discutida anteriormente. Consideramos que se trata de um impasse subjetivo. Então, nesse sentido, apesar da escolha por não doar, ela sequer aceitou a idéia que os aparelhos fossem desligados, desta maneira, pediu ao médico da UTI que esperasse até que os órgãos e o coração parassem. Em fala anterior, a familiar afirmou que concordar com a doação era como se fosse contribuir para a morte. Essa atitude demonstra que ela não realizou o percurso no tempo de compreender que a morte encefálica é a morte real, então sequer aproximou-se do momento de concluir a morte real de sua irmã. Conforme já mencionamos anteriormente neste caso se revela de maneira clara um impasse subjetivo.

A seguir o Quadro 14 apresenta a opinião dos profissionais sobre o tempo envolvido no processo:

Quadro 14 - Falas do Item VI – Sobre o Tempo envolvido no Processo de Doação

SUJEITOS	TRECHOS DAS ENTREVISTAS PROFISSIONAIS	SIGNIFICANTES
P 7	<i>Eu acho assim, que quando a gente tem um paciente com suspeita de morte cerebral, isso tem que ser trabalhado durante todo o internamento, né? Desde a suspeita até o estágio final, eu acho que como é feito aqui, eu acho que é muito em cima. Então, você pega as pessoas em um momento de dor, num momento de tristeza, num momento, eu acho que isso influi na recusa, isso vai influir, influenciar na recusa da doação. Então, eu dou a notícia de morte cerebral e em seguida eu falo sobre a doação de órgãos. Então, nesse momento eu acho que a pessoa não está muito orientada, está um pouco desorientada, acabou de ter a notícia que o ente morreu, então, não ta muito centrada para decidir uma coisa importante, se vai doar ou se não vai doar os órgãos, né? Eu acho que esse tempo é pequeno, e aqui, nessa entrevista então, foi muito pequeno. Ele deve ser trabalhado durante o processo do</i>	Tempo pequeno

	<i>protocolo.</i>	
P 9	<i>No momento em que se comunica e se aborda sobre a questão da doação, tem que ter muito cuidado porque às vezes a família pode até achar que é uma falta de respeito, né? A situação que eles estão atravessando, e a gente, por outro lado, tem que tentar fazer essa abordagem, por que o tempo que a gente tem é muito pouco pra poder conseguir realmente ter sucesso, caso seja decidida realmente a doação, pra poder haver captação.</i>	Cuidado

Fonte: Capítulo 5 - Apresentação dos Casos (7 e 9).

A fala da profissional acima (P7) revela diversas questões pertinentes. Ela refere que na entrevista para doação a família está em momento de dor e tristeza e desta maneira isso pode influenciar na recusa familiar para doação. A profissional considera curto o espaço de tempo oferecido à família para decidir sobre a doação, entretanto, ela reconheceu que, durante a sua condução da entrevista para doação, ofereceu pouco tempo para a família entre a comunicação da ME e a decisão sobre a doação. A profissional sugeriu que a família deveria ser preparada em um momento anterior à realização da entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos para transplantes.

A fala da profissional (P9) representada no Quadro14 acima revela a questão do tempo cronológico que sempre se faz presente nas entrevistas devido à pressa dos profissionais para não perder a possibilidade da doação. Os profissionais consideram que o paciente pode “parar” a qualquer momento, então a oportunidade de doar seria perdida, em função disso, busca-se concluir o processo o mais rápido possível. É fundamental lembrar que, apesar da pressa em função do tempo cronológico, a família precisa de um tempo lógico para compreender o processo e concluir a decisão sobre a doação de maneira equilibrada.

As duas últimas narrativas acima revelam que os profissionais consideram curto o espaço de tempo entre a comunicação da morte encefálica, que é a notícia da morte e a introdução do tema doação de órgãos.

Acreditamos que as famílias dos pacientes hospitalizados apresentam demandas para serem acompanhadas pelos profissionais de psicologia desde o momento em que acontece a gravidade do quadro e a abertura do protocolo ou até em um momento anterior a este, a depender de cada caso. Nas situações que existe a gravidade do quadro com suspeita da morte encefálica, os aspectos subjetivos emergentes dos familiares devem ser trabalhados, no mínimo, desde a abertura do protocolo de morte encefálica até a entrevista familiar para doação. Talvez assim, a partir da escuta dos aspectos subjetivos, fosse possível diminuir o nível de angústia

expresso pelos membros da família no momento da decisão familiar sobre a doação. Desta maneira, estaríamos contribuindo para diminuir a negativa familiar sobre a doação de órgãos e tecidos para transplantes.

A seguir apresentamos as considerações finais sobre as questões apresentadas durante o percurso deste capítulo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao momento de concluir. As questões orientadoras deste estudo relacionaram-se aos conteúdos subjetivos dos familiares e dos profissionais envolvidos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Interrogamos se os profissionais identificam e manejam os impasses subjetivos quando do acompanhamento a familiares de pacientes potenciais doadores de um hospital geral de Salvador. Questionamos se as condições de realização da entrevista familiar para doação são favoráveis para a decisão. Interrogamos se a família apresenta demanda para ser assistida em suas questões subjetivas desde um momento anterior à referida entrevista. O objetivo deste trabalho foi revelar os impasses subjetivos intervenientes em familiares e profissionais que participaram do referido processo. Especificamente, buscamos identificar a percepção dos profissionais sobre o afeto, sentimento emoção na experiência vivida pelos familiares, como também a sua própria experiência durante a entrevista familiar para doação.

Pensamos que a decisão familiar sobre a doação é o ponto central desse processo. Tentamos, com a construção do desenho deste estudo, aprofundar e sistematizar o referido momento. Foi como membro de uma CIHDOTT, realizando e acompanhando os colegas a conduzir a entrevista familiar para doação, que nasceram as questões norteadoras desta pesquisa.

Concluimos que os familiares apresentam demanda para serem assistidos em suas necessidades subjetivas desde o agravamento do quadro ou mesmo em um momento anterior, até a finalização do processo de doação.

Os familiares apresentam dificuldades para compreender a morte encefálica como sendo a morte conforme refere à literatura. Inclusive, neste estudo, algumas famílias receberam a explicação sobre a ME em dois momentos distintos, primeiro através do médico da unidade de terapia intensiva onde o paciente estava internado, e em seguida em outro espaço, com acompanhamento do profissional responsável por realizar a entrevista familiar para doação. Apesar de ser dada a explicação sobre a ME em dois momentos subsequentes, em alguns casos a dificuldade persiste.

Concluimos que a questão apresentada vai além de uma dificuldade de entendimento ou de comunicação, qual seja ela, parece estar relacionada também a resistência que atua e pode utilizar a denegação como um mecanismo de defesa, esta se apresenta como um impasse subjetivo e vai dificultar a tomada de decisão sobre a doação. Pode-se concordar com a psicanálise quando afirma ser a morte inclusive a de um familiar difícil de lidar. Freud afirmava que o homem deve à vida uma morte; apesar disso, ele vive como se a morte não existisse. Então, falar de morte durante a vida equivale a lembrar algo que o homem prefere esquecer, a sua inevitável condição de mortal.

Guiada por essas questões, busquei aprofundar conhecimentos sobre o afeto, tempo e morte segundo a teoria freudiana e lacaniana, que é a base orientadora da minha atuação profissional. A partir dessas colocações, pode-se concordar com a psicanálise quando afirma ser a morte impossível de ser representada no inconsciente. Freud afirmava que o homem deve à vida uma morte; apesar disso, ele vive como se a morte não existisse. Então, falar de morte durante a vida equivale a lembrar algo que o homem prefere esquecer, a sua inevitável condição de mortal. Sendo assim, é comum que as pessoas não tratem ou não considerem sua própria morte, como também a possibilidade da morte de entes queridos, principalmente quando estes são crianças ou adultos jovens, como foi o caso do nosso estudo.

Sugerimos que as famílias diante do referido momento, da perda de um ente querido, sejam acolhidas, avaliadas e acompanhadas pelos profissionais de psicologia, desde a abertura do protocolo de morte encefálica até a entrevista familiar para doação e a entrega do corpo a família.

Consideramos fundamental que o profissional de psicologia participe do processo desde o início e não somente quando convocado, em alguns casos mais complicados, no momento específico da comunicação da morte encefálica e da entrevista familiar. Acreditamos que assim, através do vínculo construído com a família durante o processo, este se torne mais humanizado e a entrevista familiar deixe de ser um procedimento pragmático e passe a considerar a dimensão subjetiva e clínica que, de certo modo, envolve os sujeitos que estão vivendo o processo. Esta reflexão possibilita pensar na ação clínica diante do sofrimento imposto pela morte e pelo luto, como também, refletir sobre a dimensão terapêutica que o processo de doação de órgãos e tecidos pode proporcionar. Pensamos que um atendimento mais humanizado deveria buscar amenizar a dor da família, um benefício justo diante da proposta do processo de doação.

Concluimos que existem divergências a respeito da condução da entrevista familiar para doação; neste estudo se tornou evidente que esta pode ser imediatamente conjugada com a comunicação da morte encefálica realizada pelo médico da unidade de assistência ou em um momento posterior, na ausência do médico que informou o referido diagnóstico. Na maior parte das vezes, os profissionais que conduziram a entrevista familiar escolheram não estar junto com o médico no momento da comunicação da ME. Alguns profissionais argumentaram que a opção por esta conduta se dá na tentativa de que a família não associe a presença do profissional como estratégia de persuasão para posterior decisão da doação dos órgãos. Uma profissional chegou a mencionar que prefere conduzir a entrevista sozinha, sem o médico, como também, sem a presença do psicólogo. Consideramos que pode haver impasses subjetivos que favorecem a postura de tais profissionais e impedem que estes escolham estar mais próximos dos familiares nesse difícil momento.

Acreditamos que a presença da profissional que realiza a entrevista familiar junto com o médico que inicialmente comunica a ME seja fundamental por diversos motivos, dentre estes: a demanda do acolhimento familiar no difícil momento de perdas; a possibilidade de conhecer a reação da família diante da notícia de morte;

identificar o afeto, o sentimento e a emoção expressos pelos membros da família. De modo similar, ajudar a esclarecer possíveis dúvidas após a informação médica acerca da ME, e criar ou fortalecer o vínculo com a família, que de imediato será informada sobre a possibilidade da doação de órgãos e tecidos, e questionada sobre o seu desejo. Consideramos esse ponto de vital importância para levantar um novo debate sobre a condução da entrevista familiar para doação.

Sugerimos, ademais, o aprofundamento de estudos sobre aspectos diversos da condução da entrevista familiar para doação. Os manuais de referência do Brasil e da Espanha sugerem que esta seja realizada em um espaço reservado e que os familiares sejam atendidos em suas necessidades, inclusive nas subjetivas. Neste estudo, a maioria das entrevistas não ocorreu em um espaço reservado.

Este estudo demonstrou que no percurso do processo de doação é possível identificar impasses subjetivos nos membros das famílias. Tais impasses podem apresentar-se através de sentimentos, emoções e do afeto, tais como: angústia, medo, dor, revolta, ressentimento, culpa, raiva e desespero dentre outros, nem sempre identificados e manejados pelos profissionais que realizam a entrevista familiar para doação. O afeto mais encontrado nesta pesquisa foi a angústia, presente tanto no discurso dos familiares como entre os profissionais.

A maioria dos profissionais responsáveis por realizar a entrevista familiar para doação é enfermeira; em dois casos, médicas. Todas as enfermeiras revelaram que tinham experiências em unidades de urgência e emergência. Quando indagadas sobre os aspectos subjetivos dos familiares, uma profissional chegou a mencionar a sensibilidade dela diante da dor das famílias, enquanto outra demonstrou conteúdos de angústia em seu discurso. Uma profissional chegou a dizer que, de todo o processo, esse é o pior momento para ela. Tais profissionais não mencionaram fazer um trabalho pessoal – psicoterapia ou análise para ajudar a exercer tal atividade. Sugerimos a necessidade de fortalecer a integração entre a equipe responsável por realizar a entrevista familiar para doação e o Serviço de Psicologia do hospital, já que não parece existir empecilhos administrativos que impeçam os profissionais de atuar juntos nesses casos.

Quanto à entrevista familiar para doação, reiteramos que o objetivo não deve ser o de convencer a família a doar. Os profissionais, quando capacitados para tal função, oferecem à família a oportunidade de doar e permitem uma decisão familiar baseada no diálogo, no respeito e na livre expressão de dúvidas, sentimentos, e

angústias. No presente estudo os profissionais esclareceram as possíveis dúvidas acerca do processo. Entretanto demonstraram dificuldades para identificar, acolher e escutar as demandas subjetivas. Independente da decisão familiar sobre a doação, a maioria dos profissionais acompanhou a família até a finalização do processo.

Vale ressaltar que o curto espaço de tempo entre a comunicação da ME e a decisão familiar sobre a doação foi mencionado por duas profissionais. Uma delas revelou que esse aspecto é delicado porque a família pode considerar desrespeitoso solicitar os órgãos em um momento de perda de um ente querido. Outra profissional sugeriu que esse tema deva ser trabalhado ao longo do processo e não somente no último momento. A mesma sugestão também foi apontada por um familiar, que chegou a dizer que a família perde tempo no processo de doação porque os profissionais só falam sobre a doação no final, na entrevista familiar. Ele sugeriu que, durante o processo, fosse identificado um membro da família em condições de conversar sobre o tema em um momento anterior à entrevista familiar para doação(caso 9).

Como a questão do tempo se tornou um tópico de relevância neste estudo tomamos como referência na teoria psicanalítica o tempo lógico proposto por Lacan. A partir daí concluímos que a família nesse processo é convidada a passar direto do instante de ver a morte ao tempo de concluir a morte encefálica e a decisão sobre a doação. Tudo isso sem passar pelo tempo de compreender. Faz-se notar que o tempo para a psicanálise é sempre lógico. No caso da doação de órgãos, pensamos que podemos oferecer escuta à família para que ela passe pelo instante de ver a possibilidade da morte, qual seja, o tempo da abertura do protocolo de ME; seguir para o tempo de compreender a morte encefálica, o que se dá durante a realização dos exames do protocolo de ME; e em seguida alcançar o momento de concluir, que poderia acontecer no período do fechamento do protocolo ou não, ou seja, poderia coincidir com o diagnóstico de ME e a realização da entrevista familiar para doação. Sabemos que mesmo tendo apresentado tal esquema a decisão é sempre baseada por uma antecipação de um saber. Isso significa dizer que quando fazemos uma escolha, quando tomamos uma decisão, não temos a certeza absoluta que fizemos a escolha certa, ou seja, a melhor escolha que imaginamos saber.

É importante esclarecer que o percurso do tempo lógico, se comparado ao tempo cronológico, pode demorar segundos, minutos, horas ou até dias, meses e anos para ser concluído. Podemos exemplificar com a decisão em um jogo de cartas

ou mesmo com um diagnóstico difícil de realizar, de concluir. Em nossa realidade, no Estado da Bahia, o processo de doação na maioria dos casos pode levar alguns dias ou até mesmo uma semana para ser concluído. Consideramos que, nas situações de urgência e emergência, o que prevalece é o tempo cronológico, nesses casos, ele é vital e prescinde de uma lógica. Porém, para a psicanálise, inclusive nos casos onde a urgência subjetiva se faz presente, por exemplo, nas situações familiares referidas acima, a psicanálise vai considerar o tempo cronológico exigido pelo processo, mas irá escutar as famílias a partir do tempo lógico, que é o tempo do inconsciente desse sujeito que se encontra em sofrimento pela perda de um ente querido. Concluímos que somente a partir de uma escuta que possa privilegiar o tempo de compreender, seja possível chegar ao momento de concluir e partir daí pensar sobre a possibilidade da doação de órgãos e tecidos.

A partir deste estudo, foi possível aprofundar conhecimentos que envolvem a complexidade do processo de doação de órgãos e tecidos. Houve momentos de dúvidas sobre a escolha do objeto de estudo, porém como profissional de psicologia sabemos que fazemos um longo percurso no campo das incertezas humanas quando se trabalha no campo da subjetividade. Tais incertezas nos permitiram descobrir novos caminhos e percursos alternativos, como também novas indagações relativas à nossa maneira de exercer a prática. Descobrimos, assim, que referida escolha é muito valiosa e com certeza pode ser compartilhada com todos os colegas da área de saúde que desejem discutir sobre o campo da subjetividade que envolve esse processo.

Usar a teoria psicanalítica, no presente estudo, foi um desafio, porém mostrou-se coerente com a nossa formação. Entre os casos estudados, nos deparamos com profissionais do campo da saúde que desconhecem a prática da psicanálise exercida nos hospitais. Sabemos que a psicanálise percorreu um longo caminho desde a fase das descobertas de Freud com as pacientes histéricas hospitalizadas até o consultório com a prática clínica. Há algumas décadas retornou às instituições, existem diversas possibilidades de atuar no campo da saúde com a psicanálise, inclusive no hospital. Para muitos profissionais, parecia estranho pensar em doação de órgãos e psicanálise, mas o que acreditamos é que essa relação foi possível porque, por trás da possibilidade de doação, existem pessoas em condições de sofrimento, então a psicanálise pode ajudar a sustentar uma escuta à angústia e ao sofrimento humano, onde quer que ele se encontre.

Não encontramos disponíveis trabalhos sobre o processo de doação especificamente a entrevista familiar para doação de órgãos relacionados com a teoria psicanalítica. Foi necessário aprofundar conhecimentos no campo teórico da psicanálise, na busca por relacionar a temática com o nosso campo de estudo, a exemplo do afeto e do tempo lógico proferido por Lacan.

Sugerimos algumas propostas para estudos futuros: entrevistas com maior espaço de tempo e o vínculo familiar prévio desde a abertura do protocolo de ME, comparando com outras mais objetivas, em espaço de tempo curto; releitura dos casos com os profissionais; estudo de caso sobre percepções de profissionais de várias formações na entrevista familiar; comparativos acerca da condução da entrevista familiar em diferentes instituições.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, S.F.D.; MOURA, E. do S. de. **A Conformação do Sistema de Transplantes do Estado da Bahia: suas nuances.** JBT J Bras Transpl. São Paulo, vol. 12, p. 1169-1220, 2009.

BENDASSOLLI, P.F. **Do lugar do corpo ao não-lugar da doação de órgãos.** Psicologia: Reflexão e Crítica. Vol.13, n. 1. Porto Alegre, 2000.

_____. **Percepção do Corpo, Medo da Morte, Religião e Doação de Órgãos.** Psicologia: Reflexão e Crítica. Vol. 14, n. 1. Porto Alegre, 2001.

BESSET, V.L. **A clínica da angústia: faces do real.** In.: BESSET, Vera L. **ANGÚSTIA** (org.). São Paulo: Escuta, 2002.

BITENCOURT A.; NEVES F.; NASCIMENTO L.; NEVES N.; AGARENO L. **Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre morte encefálica.** Rev. Bras. Ter. Intensiva, São Paulo, vol.19, n. 2, Abr./Jun.2007.

BRASIL. **PORTARIA NOVA SNT. ATO PORTARIA Nº 2.600** de 21 de outubro de 2009. Brasília.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Folder informativo da Campanha Nacional de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes**. Brasília, 2005.

BUOSSO, Regina S. **O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva**. Texto contexto Enfermagem, Florianópolis, jan-mar.2008.

CHEMAMA, Roland (org.). **Dicionário de Psicanálise**. Trad. Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

CINQUE, Valdir M.; BIANCHI, Estela R. F.; COSTA, Ana. L. S. **O pensamento dos familiares relativos à autorização de doação de órgãos e tecidos para transplante**. JBT J Bras TRanspl, São Paulo, n. 11, p. 1010-1013, 2008.

CUIABANO, Roseli R. **Morte Encefálica no contexto da doação de órgãos**. Monografia apresentada ao curso de 4 Estações. Instituto de Psicologia. Cuiabá – MT, 2010.

ESSLINGER, Ingrid. **De quem é a vida afinal?** Descortinando os cenários da morte no hospital. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.

FREUD, Sigmund. (1916) **Sobre a transitoriedade** In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976. Vol. XIV.

_____. **Luto e Melancolia** (1917). In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976. Vol. XIV.

_____. **Reflexões para os tempos de guerra e morte** (1917). In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976. Vol. XIV.

_____. **A negativa** (1925). In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976. Vol. XIX.

_____. **Inibições, Sintomas e Ansiedade** (1926). In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976. Vol. XX.

FONSECA, Marcia A. de A.; CARVALHO, Alysson M. **Fragmentos da vida: representações sociais de doação de órgãos para transplantes**. M. INTERAÇÕES, vol. X, n. 20, p. 85-108, jul-dez.2005.

GARCIA JR., Celso G.; ZIMMERMANN, Paulo R. **Falência e Transplante de Órgãos**. In.: BOTEGA, Neury J. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. São Paulo: ARTMED, 2002.

GÓMEZ, P., SANTIAGO C., GETINO A., MOÑINO A., RICHART M., CABRERO J., **La entrevista familiar: enseñanza de las técnicas de comunicación**. Nefrología. Vol. XXI. Suplemento 4. 2001, Alicante, Espanha, 2001.

JAGER, Kitty; DALEN, Jan V.; BLOK, Gere; RYAN, Miriam. Manual de Referência. **Programa integral Europeo para la Donación de Organos** (E.D.H.E.P) Ministerio de Sanidad Y consumo. Organizacion nacional de Transplantes ONT. INCUCAI . El Proceso de Donacion: actitudes e implicaciones. Españã.

Kovács, Maria J. **Morte e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KRUEL, Sandra S. **O Tempo do Manejo da Angústia**. Psicanálise e Hospital. Tempo e Morte: Da urgência ao Ato Analítico. Rio de Janeiro: REVINTER, 2003. Vol. 3, p. 99-105.

LACAN, Jaques. **A ANGÚSTIA** – Seminário 1962-1963. Publicação exclusiva para os membros do Centro de Estudos Freudianos do Recife. Recife/1997.

_____. **O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada: um novo sofisma**. (1945). In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 197-213.

_____. **O Saber e a Verdade**. In.: O Seminário: Livro 20: mais, ainda. 2ª ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LAPLANCHE, Jean. **Vocabulário da Psicanálise**. Laplanche e Pontalis. Direção de Daniel Lagache. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LAZZARETTI, Claire T. **Dádiva da Contemporaneidade: doação de órgãos em transplantes intervivos**. Epistemo-somática, Belo Horizonte, vol. 4, n. 1, jul.2007. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo>. Acesso em: 27/09/2008.

LEONARDELLI, Luciana do A. **A equipe de captação de órgãos**. Manual de Captação de órgãos e tecidos. Hospital Pompeia – CIT. São Paulo: São Miguel, 2002.

MAIA, Marisa S. **Angústia de vida, angústia de morte**: sobre os processos de subjetivação e contemporaneidade. In.: BESSET, Vera L. (org.). São Paulo: Escuta, 2002.

MANNONI, Maud. **O nomeável e o inominável: a última palavra da vida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

MARINERO, Purificación G. El Modelo Español. **La entrevista familiar. Técnica e Resultados**. Grupo Aula Médica, S.A. España, p. 125-134, 1995.

MARINHO, Alexandre. **Um estudo sobre as filas para transplantes no sistema Único de Saúde Brasileiro**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 22, n.10, out. 2006. p. 2229.

MARTINS, Cláudia M.; COSMO, Mayla. **A Centralidade da família no processo de doação de órgãos e tecidos**. JBT J Bras Transpl. São Paulo, 2009. p. 1169 – 1220.

MINAYO, Maria C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. – São Paulo: HUCITEC, 2010.

MORAES, Edvaldo L. de. **A recusa familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante**. 2007. Dissertação. Unidade Escola de Enfermagem, São Paulo, 2007.

MORAES, Edvaldo L; MASSAROLO, Maria Cristina K. B. **Estudo Bibliométrico sobre recusa familiar de doação de órgãos e tecidos para transplantes no período de 1990 a 2004**. JBT – Jornal Brasileiro de Transplantes, São Paulo, vol. 9, n. 4, Out/Dez.06.

MORETTO, Maria L. T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MORETTO, Maria L. T. **O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”**. Fls. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica. São Paulo, 2006.

MORITZ, Rachel D. **Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer**. Bioética, vol. 13, n, 2 – 2005. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 2005.

MOURA, Gisele C. M. Urgência Subjetiva e Tempo – **O que É Isto? Psicanálise e Hospital. Tempo e Morte: Da urgência ao Ato Analítico**. p. 87-97. REVINTER, Rio de Janeiro, 2003 . Vol. 3.

MOURA, Marisa D. de. **Psicanálise e Urgência Subjetiva**. In.: MOURA, Marisa D. (Org.) Psicanálise e Hospital. Rio de Janeiro: REVINTER, 1996.

MOURA, Marisa D. (Org.) **Psicanálise e Hospital – 3 Tempo e Morte: da urgência ao Ato Analítico**. Rio de Janeiro: REVINTER, 1996.

NASIO, Juan-David. **O Livro da Dor e do Amor**. Trad. Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

_____. **A Dor de Amar**. Trad. André Telles e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

OLIVEIRA, Reinaldo A. de. **Terminalidade da vida em situação de morte encefálica e de doença incurável em fase terminal.** Bioética. Vol. 13, nº 2 – 2005. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 2006.

OLIVEIRA, Wael de. **Um Tempo inesperado.** Psicanálise e Hospital. Tempo e Morte: Da p. 47-54 urgência ao Ato Analítico.. REVINTER, Rio de Janeiro, 2003. Vol 3.

QUINTANA, Alberto M.; ARPINI, Dorian M. **Doação de Órgãos: possíveis elementos de resistência e aceitação.** Boletim de Psicologia, São Paulo, vol. 59, n.130, jun.2009.

RAIA, Silvana. **Apesar de ser o maior do mundo, o programa público de transplantes do Brasil exige uma correção de fundamental importância.** O Estado de São Paulo, 25/05/2011.

RECH, Tatiana H.; RODRIGUES, Édison M. **Entrevista familiar e consentimento.** Ver. Brás. Ter. Intensiva, vol. 19, n.1. São Paulo, Jan/Mar 2007.

ROZA, Bartira de A.; THOMÉ, Tadeu; NETO, Ben-Hur Ferraz.; SCHIRMER, Janine. **Doação de órgãos e tecidos no Brasil: podemos evoluir?** O Mundo da Saúde, São Paulo, n. 1, 2009. Vol. 33, p. 4348.

RODRIGUES, Gilda V. **A lógica do Tempo na Psicanálise** In.: MOURA, Marisa D. de. (org.). Psicanálise e Hospital. Tempo e Morte: Da urgência ao Ato Analítico. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. Vol. 3.

Rodrigues, Gilda V. **Nem o Sol, Nem a Morte podem ser Olhados de Frente.** In.: MOURA, Marisa D.de. (org.). Psicanálise e Hospital. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

SADALA, Maria L. A. **Doação de Órgãos: a experiência de enfermeiras, médicos e familiares de doadores.** São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SANTOS, Marcelo J.; MASSAROLLO, Maria C. K. B. **Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, vol. 13. n. 3, Mai/jun.2005.

SHEIN, Alaor; CARVALHO, Roberto; ROCHA, Taís; GUEDES, Laura Moschetti; SALVIA, João; SALVIA, Pedro. **Avaliação do Conhecimento de intensivistas sobre a morte encefálica**. RBTI – Revista Brasileira de Terapia intensiva, ano. 20, n. 2, 2008. p. 144-148.

SILVA, Deise D. **A apropriação Imaginária do Tempo na Práxis da Urgência**. In.: MOURA, Marisa D. de (org.). Psicanálise e Hospital. Tempo e Morte: Da urgência ao Ato Analítico. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. Vol. 3, p. 9-15.

TRAIBER, Cristiane; LOPES, Maria H.I. **Educação para doação de órgãos**. Scientia Medica, ano 16, n. 4. Porto Alegre: PUCRS, out/dez.2006.

TSCHIRNER, Sandra C. **Que angústia é essa?** In.: BESSET, Vera L. (org.) São Paulo: Escuta, 2002.

TURATO, Egberto R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro, 2010.

VARGAS, Mara A.; RAMOS, Flávia R. S. **A morte cerebral como o presente para a vida: explorando práticas culturais contemporâneas**. In: Texto & Contexto Enfermagem, ano. 15, Florianópolis, SC, jan-mar.2006.

VIEIRA, Marcus A. **A Ética da paixão: uma teoria psicanalítica do afeto**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

VIEIRA, Marcus A. **Como se ri da angústia**. In.: BESSET, Vera L. (org.). ANGÚSTIA. São Paulo: Escuta, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Familiares

Prezado (a) Senhor(a),

Reconhecemos que este é um momento muito doloroso para a vida da sua família, já que estão vivendo a perda de pessoa querida. Gostaríamos de pedir a colaboração para participar do estudo “Afetos envolvidos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes – perspectivas a partir de familiares e profissionais”. O estudo quer saber mais sobre os sentimentos vividos por você e seus familiares durante esse processo. Este estudo é importante para ajudar os profissionais a saber a melhor forma de falar com a família sobre um assunto tão delicado como a doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Esta participação acontecerá através de uma entrevista a ser realizada no local de sua conveniência (no Hospital ou na sua casa) e buscaremos um espaço em que suas palavras sejam preservadas do conhecimento de pessoas estranhas ou que causem qualquer dificuldade. Sua participação se deve à sua total escolha e, caso não queira participar, os cuidados com seu familiar e com sua família não serão em modificados em nada.

Após o início da entrevista, caso você não esteja em condições para falar e queira interromper, não haverá nenhum problema. Se durante ou após a entrevista você se sentir muito triste, choroso ou mesmo com raiva e deseje parar ou precise da ajuda de outros profissionais, vamos providenciar levá-lo a estes colegas.

Comprometemos-nos em manter sigilo sobre o nome e outras informações que identifiquem seu familiar potencial doador, como também você e sua família. Estamos à disposição para conversarmos mais sobre esta pesquisa, e prestar mais informações.

Nome-assinatura-documento de identidade do participante

Nome-assinatura-documento de identidade do pesquisador

Dados do pesquisador: Maria Constança Velloso Cajado, psicóloga, CRP 03-1870,
Telefone para contato: (71) 8870-7574/ (71) 3334-5179

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB, localizado a
Rua Conselheiro Pedro Luiz, 171 Rio Vermelho, tel. 3116-3316.

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais

Prezado (a) Colega,

Reconhecemos que o momento da entrevista familiar é complexo para a família por envolver múltiplos afetos e para os profissionais porque exige muito equilíbrio. Diante de uma situação de perda e dor precisamos falar de um tema tão delicado como a doação de órgãos e tecidos. Gostaríamos de pedir sua colaboração para participar do estudo “Afetos envolvidos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes – perspectivas a partir de familiares e profissionais”.

O nosso objetivo é analisar as expressões de afetos dos familiares envolvidos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes na perspectiva da família e da equipe. Este estudo será importante para ajudar a equipe a descobrir a melhor forma de falar com a família sobre um assunto tão difícil. Sinta-se a vontade para decidir sobre sua participação neste estudo.

Sua colaboração acontecerá através de uma entrevista previamente agendada que será realizada no hospital em uma sala reservada. As informações apresentadas serão respeitadas, sua privacidade será protegida e o seu nome e dos demais participantes da pesquisa não serão divulgados.

Após o início da entrevista caso você sinta algum desconforto poderá interrompê-la.

Estamos à disposição para conversarmos mais sobre esta pesquisa e prestar mais informações caso você julgue necessário. Caso após a entrevista você sinta necessidade de ser atendido por outros profissionais que não estejam envolvidos no processo de doação, nos comprometemos em encaminhar para estes colegas.

Nome-assinatura-documento de identidade do participante

Nome-assinatura-documento de identidade do pesquisador

Dados do pesquisador: Maria Constança Velloso Cajado, psicóloga, CRP 03-1870,
Telefone para contato: (71) 8870-7574

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB localizado a
Rua Conselheiro Pedro Luiz, 171 Rio Vermelho, tel. 3116-3316.

APENDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA FAMILIARES

GRAU DE PARENTESCO:

IDADE:

PROFISSÃO:

ESCOLARIDADE:

RELIGIÃO:

Tempo de hospitalização do familiar

Pensamentos e sentimentos ocorridos no momento do agravamento do quadro clínico.

Sentimentos que prevaleceram nesse momento

Recebimento da informação sobre a abertura do protocolo de morte encefálica

Conhecimento e sentimentos sobre morte encefálica

Pensamentos prevaleceram no momento da informação sobre o fechamento do diagnóstico de ME.

Sentimento que prevaleceu no momento da notícia da morte

Conhecimento sobre doação de órgãos

Sentimentos no momento da entrevista familiar para doação

CrITÉRIOS usados na decisão sobre a doação de órgãos e tecidos

Sentimento no momento da decisão sobre a doação

Dificuldades da família na decisão sobre a doação

Momento mais difícil no processo de doação de órgãos e tecidos

Palavras que representem os sentimentos que estiveram mais presentes desde a abertura do protocolo até o final da entrevista familiar para doação.

Responsável: Maria Constança Velloso Cajado
Psicóloga – CRP-003/1870

APÊNDICE D

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS

IDADE:

PROFISSÃO:

TEMPO QUE EXERCE A PROFISSÃO:

TEMPO DE TRABALHO NA CIHDOTT:

RELIGIÃO:

Tempo de acompanhamento do caso

Número de vezes que teve contato com a família

Como percebe a família

Conhecimento da reação da família na comunicação da abertura do protocolo de morte encefálica

Conhecimento e sentimentos da família sobre o tema morte encefálica

Conhecimento sobre a reação da família no momento da comunicação do fechamento do diagnóstico de ME e do comunicado da morte

Afetos/sentimentos manifestos no momento da notícia da morte

A decisão da família sobre a doação de órgãos e tecidos

Sentimento/afeto no momento da decisão sobre a doação

Dificuldades enfrentadas pela família no momento da decisão sobre a doação

Momento mais difícil para a família no processo de doação

Palavras que representem os afetos positivos e negativos dos familiares durante o processo de doação

O afeto mais presente em você durante o processo de doação

Responsável: Maria Constança Velloso Cajado

Psicóloga – CRP-003/1870

APÊNDICE E

QUADRO A – Instrumentos de coleta de dados, da pesquisa de campo e resultados das entrevistas familiares para doação, Hospital Geral do Estado. Salvador, jun/10 à jan/11.

	CASOS	DIÁRIO DE CAMPO	ENTREVISTA PROFISSIONAL	ENTREVISTA FAMILIAR	CAUSA MORTIS E DECISÃO FAMILIAR
1	Do desejo expresso em vida à denegação familiar	X			AVC Entrevista: sala Serviço Social (Negativa)
2	Da resistência profissional à negativa familiar para doação.	x			Acidente de Moto/TCE Entrevista: sala Serviço Social (Negativa)
3	A falta de integração profissional que também se repete na doação.	x	x Enfermeira	x Irmão	Acidente de Moto/TCE Entrevista: sala Enfermagem UTI junto médico (Doação)
4	Quando a dor de perder um filho dói no fundo do coração	x	x Enfermeira		Atropelamento/TCE Entrevista: sala Serviço Social (Negativa)
5	Josué: um caso de angústia, emoção, desespero e dor.	x		x Prima	Atropelamento/TCE Entrevista: sala Central Órgãos (Negativa)
6	Benedita: um caso de "desorganização mental" e familiar	x	x Enfermeira		Queda de Altura/TCE Entrevista: sala do Serviço de Psicologia junto com o médico (Negativa)
7	A falta de tempo na doação: do instante de ver à impossibilidade de concluir	x	x Médica		Arma de Fogo Entrevista: sala Serviço Social / ME e entrevista com o mesmo profissional (Negativa)
8	Rose: um caso de angústia, sofrimento, desespero, dor e "dúvida mental sentimental".	x		x Irmã	Acidente de Moto/TCE Entrevista: sala da Central de Órgãos (Negativa)
9	"Uma continuidade suposta teórica".	x	x Médica	x Tio	Acidente de Moto/TCE Entrevista: sala Serviço Social/ ME e entrevista. com o mesmo profissional (Doação)
10	"Tô salvando outras vidas".	x	x Enfermeira	x Filho	Queda/ TCE Entrevista: sala Serviço Social (Doação)

Fonte: roteiro das etapas da pesquisa, elaborado pelo autor.