

POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO NO PROCESSO DE TRANSPLANTE POR MORTE ENCEFÁLICA

POSSIBILITIES OF INTERVENTION OF THE PSYCHOLOGIST IN THE TRANSPLANTATION PROCESS FOR BRAIN DEATH

Maira Zanon de Oliveira Borges¹
Thamyres Bandoli Tavares Vargas²

RESUMO: Considerando a grande participação de médicos e enfermeiros nas comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplante (CIHDOTT), e a pouca participação de psicólogos, o artigo visa mostrar a importância do profissional de psicologia na comissão, descrevendo o papel do psicólogo hospitalar, mostrando como funciona o processo de captação de órgãos, identificando o papel do psicólogo atuante na comissão, para enfim apresentar as possibilidades de intervenção do psicólogo no processo de captação de órgãos em pacientes com diagnóstico de morte encefálica. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de revisão bibliográfica narrativa. Pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter amplo. Os dados foram coletados em livros da área, artigos científicos e demais materiais especializados. Conclui-se que a atuação do psicólogo em tais comissões vai além de conseguir captar órgãos para doação, seu papel é também humanizar esse processo, acolher o sofrimento de familiares e a angústia da equipe de saúde.

228

Palavras-chave: Psicólogo hospitalar. CIHDOTT. Atuação do psicólogo.

ABSTRACT: Considering the great participation of doctors and nurses in the intra-hospital commissions for the donation of organs and tissues for transplantation (CIHDOTT), and the low participation of psychologists, the article aims to show the importance of the psychology professional in the commission, describing the role of the psychologist hospital, showing how the organ harvesting process works, identifying the role of the psychologist working in the commission, to finally present the possibilities of psychologist intervention in the organ harvesting process in patients diagnosed with brain death. Therefore, a narrative literature review was carried out. Research with a qualitative approach and broad character. Data were collected from books in the area, scientific articles and other specialized materials. It is concluded that the role of the psychologist in such commissions goes beyond being able to capture organs for donation, their role is also to humanize this process, to welcome the suffering of family members and the anguish of the health team.

Keywords: Hospital Psychologist. CIHDOTT. Psychologist's performance.

¹ Discente do curso de psicologia da Uniredentor. E-mail: mairazborges@gmail.com.

² Mestra em ensino pela Universidade Federal Fluminense Docente do curso de psicologia da Uniredentor. E-mail: thamyres.vargas@uniredentor.edu.br.

INTRODUÇÃO

A psicologia hospitalar é uma área que possibilita uma gama de atuações para o psicólogo no âmbito hospitalar, como atendimento psicológico para pacientes, familiares e cuidadores; avaliação psicológica do estado mental do paciente e seus familiares; assistência às pessoas atendidas em situação de crise, entre outras. No presente artigo destacamos as possibilidades de atuação do psicólogo inserido nas comissões de doação de órgãos e tecidos. A pesquisa visa explorar as possibilidades de intervenção do psicólogo atuante no processo de captação de órgãos quando há notificação de possível doador por morte encefálica.

Considerando que o psicólogo hospitalar é um profissional da área da saúde e membro da equipe multidisciplinar do hospital, este é apto para contribuir no processo para efetivação do transplante de órgãos. Para isso, existem algumas etapas a se cumprir.

Para que se consiga efetuar o processo, existe uma comissão integrada aos hospitais, que são responsáveis por parte dessas etapas, a CIHDOTT (Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante). A comissão possui responsabilidades, dentre elas a entrevista familiar, a qual tem por objetivo esclarecer para a família o que é morte encefálica, e comunicar a opção de doar os órgãos e tecidos da vítima com diagnóstico de morte encefálica.

Considerando que o psicólogo é um profissional da saúde mental, que detém de técnicas e manejo para lidar com a subjetividade humana, seu papel se torna essencial no processo, para que pessoas que estejam passando pelo processo de perda consigam ter suporte, apoio e escuta qualificada, de forma a diminuir seu sofrimento mental, conseguindo entender com maior clareza a realidade em que se encontram, e levem em consideração a possibilidade de doar órgãos e dar oportunidade de viver para pessoas necessitadas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica narrativa. Pesquisa esta de abordagem qualitativa, que possui caráter amplo.

Para que a pesquisa fosse realizada, os dados foram coletados em livros, artigos e revistas científicas de base de dados como a biblioteca SCIELO - Scientific Electronic Library Online; e PePsic - Periódicos Eletrônicos em Psicologia. Foram utilizados termos como Psicólogo

hospitalar, Cihdott, e Psicólogo na cihdott; para o levantamento de dados. O processo envolveu etapas como, busca, identificação e análise.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. PSICOLOGIA HOSPITALAR

Segundo Simonetti (2016) a psicologia hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos do adoecimento; adoecimento este que se dá quando o indivíduo dotado de subjetividade, se esbarra com algo da natureza biológica, a doença; produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos, que podem se apresentar no paciente, na família ou na equipe de profissionais da saúde. Os aspectos psicológicos são as manifestações da subjetividade diante da doença, como sentimentos, falas, comportamentos, lembranças, sonhos, estilo de vida e estilo de adoecer; tais aspectos estão sempre em torno da doença, podendo ser o causador, o fator desencadeante, fator agravante, fator de manutenção da doença ou uma consequência. O adoecimento, portanto, leva a uma desorganização na vida do paciente, podendo levar a várias transformações em sua subjetividade (CHIATTONE, 2011 *apud* RIBEIRO, 2018).

O foco da psicologia hospitalar são os aspectos psicológicos em torno do adoecimento, mas seu objeto de estudo é não apenas a dor do paciente, é também o adoecimento da família e a angústia disfarçada da equipe de saúde. A psicologia hospitalar considera individualmente cada uma dessas pessoas, mas também a interação entre elas, agindo como uma psicologia de ligação, facilitando a relação entre paciente, familiares e equipe (SIMONETTI, 2016).

Segundo Camon (2009) quando um paciente é hospitalizado, ele sofre um processo de despersonalização, onde ele deixa de ser visto pelo próprio nome e se torna conhecido por seu número de leito, ou portador de alguma patologia. Deixa de ter seus próprios significados e passa a ser o significado de determinada doença. Segundo o autor, a psicologia hospitalar deve trabalhar para estancar o processo de despersonalização, para humanizar o hospital.

1.1 O papel do psicólogo hospitalar

Na resolução nº 3, de 16 de março de 2022, o CFP instituiu condições para concessão e registro de psicóloga e psicólogo especialistas; reconhece as especialidades da psicologia e revoga as Resoluções CFP nº 13, de 14 de setembro de 2007, nº 3, de 5 de fevereiro de 2016, e nº 8, de 25 de abril de 2019. No artigo 4º, inciso VII reconhece a psicologia hospitalar como especialidade. O inciso VII determina a psicologia hospitalar como área de atuação profissional da Psicologia

referente a fenômenos psicológicos ocorridos em hospitalizações, adoecimentos, recuperação, perdas e lutos. A psicóloga especialista em Psicologia Hospitalar:

- a) presta atendimentos psicológicos às pessoas atendidas, familiares, cuidadores, na pré-hospitalização, na internação hospitalar, após a alta hospitalar, conforme o caso;
- b) faz avaliação psicológica do estado mental de pessoas atendidas, familiares e propõe intervenções psicoterápicas de acordo com protocolos clínicos;
- c) propõe métodos psicológicos de enfrentamento do sofrimento psíquico, da vulnerabilidade emocional relacionada a condições de adoecimento, hospitalização, perdas, lutos, condições laborais hospitalares;
- d) atua em hospitais, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, Unidades de Pronto Atendimento - UPA, ambulatórios e participa de equipes multiprofissionais de prestação de serviços de nível de atenção terciária;
- e) atua em equipes multidisciplinares nas áreas de especialidade da Saúde, realiza interconsulta, atendimento psicológico individual ou grupal em hospitais;
- f) presta assistência psicológica às pessoas atendidas hospitalizados em situação de crise mental ou de agravo de saúde mental, em programas de cuidados paliativos, em situações de óbito, prestando suporte psicológico a familiares e equipes hospitalares;
- g) procede ao registro de evolução de atendimento psicológico em prontuário multidisciplinar, conforme normativas correspondentes;
- h) participa do desenvolvimento e da implementação de protocolos, linhas de cuidado e de programas assistenciais propostos pela equipe multiprofissional;
- i) intervém junto à equipe multiprofissional através de interconsultas, discussões clínico-institucionais, manejos, mediações, e processos de capacitação e reflexão relativos às práticas assistenciais em saúde, colaborando em sua área de formação de forma interdisciplinar;
- j) propõe, promove e integra projetos de humanização de atendimentos às pessoas atendidas internadas em instituições de saúde;
- k) desenvolve atividades de assistência em Psicologia Hospitalar;
- l) participa da formação de profissionais da saúde, realiza preceptoria de graduação e residência uni e multiprofissional;
- m) realiza a gestão dos serviços de saúde, incluindo serviço de psicologia, oferece supervisão e aprimoramento profissional a psicólogos e representa o serviço em espaços colegiados e comissões intra-hospitalares (CFP, 2022, p.195).

Para Simonetti (2016) o papel do psicólogo hospitalar é tratar o adoecimento do psicológico, com palavras, enquanto o médico trata o adoecimento do biológico. O psicólogo hospitalar faz uso de duas técnicas para trabalhar o adoecimento: a escuta analítica e o manejo situacional. A primeira delas reúne todas as intervenções básicas da psicologia clínica, como a escuta, associação livre, etc. Já a segunda técnica, que é o manejo, engloba intervenções direcionadas ao contexto do adoecimento. Alguns exemplos de intervenções são: controle situacional, gerenciamento de mudanças, análise institucional, mediação de conflitos, etc.

O objetivo do psicólogo hospitalar é auxiliar o paciente em todo o processo de adoecimento, visando minimizar o sofrimento psíquico provocado pela hospitalização, prestar assistência aos

familiares e também à equipe de profissionais de saúde. Deve-se ser levado em conta o amplo leque de atuação e a pluralidade de demandas (CHIATTONE, 2011 *apud* RIBEIRO, 2018).

2 CIHDOTT (COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE)

Em 2005, os transplantes do (SUS) Sistema Único de Saúde foram regulamentados, por intermédio da Portaria 1.752/GM/MS, que determinava a constituição da CIHDOTT (Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante) em todos os hospitais privados, públicos e filantrópicos que disponibilizassem mais de 80 leitos. Tal medida teve como objetivo melhorar a organização do processo de captação de órgãos e viabilizar a ampliação no transplante de órgãos (ARCANJO, 2013).

De acordo com a Portaria nº2.600, de 21 de outubro de 2009, Art. 14, a criação das CIHDOTTs passa a ser obrigatória em hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos perfis relacionados abaixo, obedecida a seguinte classificação:

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 de 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 órgão (SNT, 2009, p. 10).

232

De acordo com a legislação atual, (Portaria nº.2.600/2009) Art. 16, são atribuições da CIHDOTT:

I - organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;

II - criar rotinas para oferecer aos familiares a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos, quando os pacientes falecidos no estabelecimento de saúde não são potenciais doadores de órgãos;

III - articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, (...) e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

IV - articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica (ME), visando a assegurar que o processo seja ágil e eficiente, conforme os estritos parâmetros éticos;

V - viabilizar a realização do diagnóstico de ME, (...);

VI - notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de ME, (...);

VII - manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição;

VIII - promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;

IX - articular-se com os respectivos Instituto Médico Legal (IML) e Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) (...);

X - articular-se com as respectivas CNCDO, OPO e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

XI - arquivar, guardar adequadamente e enviar à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, (...);

XII - orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação (...);

XIII - responsabilizar-se pela educação e pelas informações permanentes dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIV - manter atualizados os registros de todas as intervenções e atividades diárias (...);

XV - apresentar mensalmente os relatórios à CNCDO, (...);

XVI - nos casos em que se aplique, articular-se com as demais instâncias intra e interinstitucionais, (...);

XVII - acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, (...);

XVIII - implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplante de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIX - registrar, para cada processo de doação, informações constantes na Ata do Processo Doação/Transplante, (...) (SNT, 2009, p. 11).

Juntamente com a CIHDOTT, a OPO (Organização de procura de órgãos) atua articulando-se à CNCDO (Central de notificação, captação e doação de órgãos), para organizar o processo de doação de órgãos e tecidos. As OPO's são criadas pelas secretarias de saúde do estado, enquanto as CIHDOTT's são instituídas pela direção de cada hospital (SNT, 2009).

2.1 A Captação de órgãos realizada pela CIHDOTT

Segundo Steiner (2004), existem duas formas de doação de órgãos: em vida (intervivos), e após a morte (*post mortem*). A doação em vida, geralmente ocorre entre familiares de primeiro grau, o que é permitido por lei, os não parentes podem doar apenas com autorização judicial; na doação após morte o candidato a receber o órgão deve aguardar na fila para transplante até que o órgão de um doador compatível esteja disponível.

A cadeia de doação passa por três níveis de atuação, que são eles: 1- Extirpação; 2- Transplante; e 3- Cuidados. A primeira fase ocorre após a permissão da remoção do órgão. No caso de doação após a morte, deve haver comprovação da morte encefálica com documentação

legal, pois, para que seja realizado um procedimento bem sucedido é necessário comprovar a morte e manter o funcionamento fisiológico do órgão. Essa fase trata de questões técnicas que envolvem toda a equipe hospitalar (STEINER, 2004).

No primeiro nível podem surgir algumas questões sociais, chamadas por Steiner (2004) de “dimensão das relações”. Nessa dimensão existem quatro tipos de atores: o paciente em estado de morte cerebral, o anestesista reanimador, a enfermeira de turno e os membros da família. O nível se inicia com a relação dos membros da família do possível doador com a equipe médica. Essa é a fase de reconhecimento da vontade ou opinião do paciente, que agora está em estado de morte encefálica ou óbito, quanto à doação de órgãos. Se o paciente não estiver inserido em nenhum item da lista de rejeição, cabe à família decidir se prossegue com as etapas.

O segundo nível é o transplante, fase onde o órgão passa a pertencer ao corpo de outra pessoa. O transplante representa uma decisão complexa e psicologicamente difícil. Aqui os profissionais devem avaliar o estado de saúde do doente, quais são os riscos e as possíveis melhorias, já que a pessoa que irá receber o órgão tem uma decisão ainda maior, pois diz respeito a sua identidade pessoal, sua vida e morte (STEINER, 2004).

O terceiro e último nível é o cuidado, onde após o processo, o receptor do órgão deve receber assistência psicológica e médica, levando em conta que este está sensibilizado por ter recebido um novo órgão e com isso uma nova oportunidade para viver. É importante citar que existe uma fase anterior às fases dessa cadeia de doação, que seria a nível zero, que é o nível de conscientização social acerca do tema de doação de órgãos. O momento de conscientização deve ser incluído na cadeia de doação como um dos procedimentos que compõem o trabalho de educação permanente, tanto por parte de profissionais que atuam na atenção primária à saúde, quanto pela população em geral; conscientização esta que resulta em um maior número de doadores (STEINER, 2004).

3 FATORES QUE INTERFEREM NA CONCRETIZAÇÃO DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Existem diversos fatores que interferem na concretização da doação e captação de órgãos, dentre eles: falha na notificação e identificação do paciente, falhas na manutenção clínica do potencial doador, dificuldade de reconhecimento da morte encefálica, esclarecimento precário à família sobre o diagnóstico, entrevista familiar inadequada, incluindo local de realização, identificação da morte com a morte clínica, desejo de manutenção da integridade do corpo e o desconhecimento da vontade do paciente (COSTA et al., 2016).

Já Moraes et al. (2017) divide os obstáculos, para a realização da captação e doação de órgãos em duas partes, os obstáculos relacionados aos profissionais de saúde, e os obstáculos relacionados à família do paciente.

Os obstáculos relacionados aos profissionais de saúde são: escassez de recursos humanos, tecnológicos e materiais; dificuldades técnicas relacionadas à identificação, notificação e realização do diagnóstico; subnotificação de potenciais doadores; presença de reflexos ou movimentos espontâneos em potenciais doadores que retardam a conclusão do diagnóstico de morte encefálica; falta de habilidade dos profissionais de saúde em comunicação de más notícias; profissionais de saúde contrários à doação de órgãos para transplante; informações incoerentes transmitidas aos familiares do potencial doador; entrevista familiar para possibilitar a doação de órgãos imediatamente após a confirmação do diagnóstico; e entrevista familiar realizada por profissional de saúde não treinado.

Os obstáculos relacionados à família são: a percepção de que não foi feito o suficiente para salvar a vida do paciente; dificuldades relacionadas com a compreensão e aceitação da morte encefálica; medo de que os órgãos sejam removidos antes da declaração da morte; a percepção de que a doação do órgão pode mutilar e ameaçar a individualidade e a dignidade do corpo do doador; medo do comércio de órgãos; crenças religiosas; receio de conflitos entre os familiares; a pessoa, em vida, ter negado, a doação de órgãos após a morte; e o processo de doação foi considerado muito longo.

Em um estudo realizado por Moraes e Massarollo (2009) conclui-se que a recusa familiar de doação de órgãos e tecidos se dá por toda a vivência da situação de choque, pelo desespero com a internação do familiar, desconfiança sobre a solicitação dos órgãos, por todo o sofrimento e desgaste emocional diante da perda do ente querido e o receio de conflitos familiares para a tomada de decisão sobre a doação.

Martins e Cosmo (2009) ressaltam que a parte central do processo de doação é a família, por conta disso é necessário refletir sobre aspectos dolorosos do processo, como a comunicação da morte encefálica e o pedido de doação de órgãos e tecidos. Em um estudo, intitulado de “A centralidade da família no processo de doação de órgãos e tecidos”, os autores explicaram que não é apenas a falta de informação que interfere nos baixos índices de doação, mas também os aspectos psíquicos e sociais, que merecem atenção. O cuidado com a família é de extrema importância, pois suas ansiedades e fantasias podem fazê-la desconfiar da equipe de saúde. Além de existirem

impasses subjetivos envolvidos nesse processo, na maioria das vezes manifestados através de afetos, como: medo, raiva, culpa, revolta, apatia e angústia.

2.1 O psicólogo hospitalar inserido na CIHDOTT

Segundo Lima et al. (2017) o psicólogo pode atuar em todo o processo de captação e doação, desde a internação do paciente, até após a retirada do órgão doado. Com a internação do paciente, o psicólogo pode atuar acompanhando os familiares nos momentos com os médicos assistenciais para passar informações sobre abertura de protocolo, a fim de oferecer suporte e apoio emocional, facilitando os canais de comunicação em caso de dúvidas dos familiares. A fase onde se dá o diagnóstico de morte encefálica é um momento estressor para os familiares, por conta disso o psicólogo pode promover a livre expressão verbal; realizar a clarificação e validação dos sentimentos; esclarecer informações; retificar pensamentos; fortalecer recursos egóicos de enfrentamento; assinalar relações; esclarecer sobre as fases do luto; solicitar interconsultas; e realizar encaminhamentos à rede psicossocial em casos necessários. A autora também cita o momento da despedida, e como eles possuem importância para os familiares, pois servem como grandes aliados para a prevenção de sintomas psicopatológicos em decorrência de lutos mal elaborados. O psicólogo deve se fazer presente em rituais de despedida, a fim de ajudar a promover o luto saudável à família, além de também sensibilizar a equipe para a importância dos rituais.

236

Segundo Afonso (2013), as fases do luto são explicadas por Elizabeth Kübler-Ross. Elizabeth na adolescência passou pelos horrores da Segunda Guerra, acompanhou de perto campos de concentração e crematórios e prometeu trabalhar para ajudar os mais necessitados. Se tornou psiquiatra, e assim fez, trabalhou na Polônia e Rússia, ajudando necessitados, e desenvolveu a teoria das cinco fases de reação ao luto. A primeira delas é a negação, que ocorre como um mecanismo de defesa, uma recusa contra a situação. É tida como a primeira fase, mas pode aparecer em outros momentos. A segunda fase é a raiva, onde as pessoas externalizam o que estão sentindo, nesta podem ocorrer episódios agressivos. Aqui também é comum ver muitos questionamentos sobre a perda. A terceira é a barganha, onde o enlutado faz a tentativa de negociar os temores, fazendo acordos com figuras, que segundo sua crença, podem intervir em sobre a perda. A quarta é a depressão, dividida entre depressão reativa e preparatória, onde a reativa é quando há outras perdas, devido à perda de morte; e a depressão preparatória é o momento em que a aceitação está próxima, as pessoas ficam mais quietas e pensativas (BASSO, 2011).

Como também é papel do psicólogo hospitalar atuar com a equipe de saúde, é necessário criar espaços de trocas com os profissionais possibilitando reflexões sobre o processo de morrer, contudo, esses momentos demandam um período mais longo de atuação do psicólogo para que as mudanças consigam ser permanentes. Também pode ser necessário realizar acolhimento e escuta qualificada para alguns profissionais que apresentarem demandas psicológicas, e salientar, quando houver necessidade de acompanhamento clínico psicológico contínuo (LIMA et al, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho do psicólogo hospitalar gira em torno do adoecimento, mas sua atuação vai além das intervenções com pacientes, o psicólogo trabalha com a tríade paciente, família e equipe.

Já o psicólogo hospitalar como membro integrante da CIHDOTT, além de desenvolver atividades que favoreçam a expressão de sentimentos e emoções que contribuem para o luto saudável dos familiares, também deve acolher a equipe de saúde, criando um espaço de trocas e esclarecimentos, afim de tirar quaisquer dúvidas a respeito do processo de doação de órgãos desde o diagnóstico de morte encefálica, e aliviar a tensão gerada na equipe. O psicólogo também deve promover um bom vínculo entre a equipe e a família, fazendo com que haja uma melhor comunicação, e dessa forma minimizar as chances da não realização da doação. Todavia, o psicólogo não deve atuar na CIHDOTT visando unicamente a doação, mas sim a acolhida, por uma escuta de qualidade, onde os familiares consigam expressar seus medos, angústias, pensamentos e fantasias que transpassam todo o processo de morte.

Conclui-se que o maior obstáculo para concretização da doação de órgãos é a família, a recusa por parte dessa. Os familiares precisam de esclarecimento sobre todo o processo de doação, entender que o possível é feito para salvar a vida do paciente, precisam compreender e aceitar a morte encefálica, e entender o processo de retirada dos órgãos, para que não falte informações, além de todo acolhimento e escuta; por conta disso os aspectos psicológicos precisam ser centrais nesse processo.

O papel do psicólogo na CIHDOTT vai além de conseguir efetivar a doação de órgãos e tecidos, mas visa amenizar o sofrimento, a angústia por parte dos familiares no momento de perda do ente querido, acompanhando-os desde o momento da internação do paciente até a entrega do corpo. É importante destacar que a qualidade do atendimento prestado aos familiares não deve ser interferido com a recusa de doação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFONSO, S. B. C.; MINAYO, M. C. S./ Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. / **Ciência & saúde coletiva**, 18(9), pp. 2729-2732./ 2013.
- ARCANJO, R. A.; OLIVEIRA, L. C.; SILVA, D. D./ Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. / **Rev bioét (Impr.)**; 21 (1), pp.119-25./ 2013
- GARCIA, C. D./ **Manual de Doação e Transplantes: Informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplante.** / Libretos/ Porto Alegre. / 2017
- BASSO, L. A.; WAINER, R./ Luto e perdas repentinas: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. / **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas.** 7(1), pp. 35-43. / 2011
- CAMON, V. A.; TRUVHARTE, F. A. R.; KNIJNIK, R. B.; SEBASTIANI, R. W./ **Psicologia Hospitalar: Teoria e prática.** / 2º ed./ Cengage Learning. 2009
- CARVALHO, J. S. MARTINS, A. M. A morte no contexto hospitalar: Revisão de literatura nacional sobre atuação do psicólogo. **Rev. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar.** 18 (2), pp. 129-142. Rio de Janeiro. 2015
- COSTA, C. R.; COSTA, L. P.; AGUIAR, N./ A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. / **Rev. bioét. (Impr.)**; 24 (2): pp. 368-73. / 2016
- CFP. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP N.º 002/2001. Altera e regulamenta a Resolução CFP no 014/00 que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf>. 238
- FONSECA, P. I. M. N.; TAVARES, C. M. D. M.; SILVA, T. N. et al. Entrevista familiar para doação de órgãos: conhecimentos necessários segundo coordenadores em transplante. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**; 8(1), pp. 3979-3990. / jan.-mar. 2016
- GARCIA, Clotilde D./ **Manual de Doação e Transplantes: Informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplante.** / Libretos/ Porto Alegre. / 2017
- GARCIA, M. L. P.; SOUZA, Â. M. A.; HOLANDA, T. C./ Intervenção psicológica em uma unidade de transplante renal de um hospital universitário. / **Psicologia Ciência e Profissão.** / 25(3), 472-483. 2005
- LIMA, A. M.; RIBEIRO, S. K. M.; et al./ O psicólogo na comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos: relato de experiência. **Psicologia Hospitalar**, 15 (1), 2-23. 2017.
- MARTINS, C. M.; COSMO, M./ A Centralidade da família no processo de doação de órgãos e tecidos. **JBT J Bras Transpl.** / p. 1169 – 1220./ São Paulo, 2009.
- MARTINS, E. de O.; VALENTE, H. S.; CALAIS, L. B./ As possibilidades de intervenção do psicólogo em favor dos procedimentos de doação de órgãos e transplantes: um relato de experiência. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 11(2), São João del-Rei. / Julho a dezembro 2016.

MORAES, E. L.; SILVA, L. B. B.; SANTOS, M. J.; LIMA, E. A. A.; MASSAROLLO, M. C. K. B./ Obstáculos no processo de doação de órgãos e estratégias para otimizar as taxas de consentimento familiar. / **RBM Revista Brasileira de Medicina.** V 72 n esp I Transplantes pp.: 5-11 / Moreira Jr Editora. / 2015

RIBEIRO, C. G. S./ A atuação do psicólogo no contexto hospitalar./ **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.** Ano 03, Ed. 10, Vol. 08, pp. 80-87. ISSN:2448-0959. / 2018

SIMONETTI, A./ **Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença.** / São Paulo: Casa do Psicólogo. 2016.

Sistema Nacional de Transplantes (SNT). Regulamento técnico. Disponível em:<http://www.hlagyn.com/jml1/images/pdf/Portaria2600AprovadoRegulamentoSNT.pdf>

STEINER, Philippe. / A doação de Órgãos: a lei, o mercado e as famílias. / **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 16, n. 2./ p. 101-128./ 2004.