

# Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica

## Communicating bad news: ethical dilemmas before situations of encephalic death

Marcelo José dos Santos\*

Edvaldo Leal de Moraes\*\*

Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo\*\*\*

34

### Resumo

A comunicação do diagnóstico de morte encefálica é tarefa difícil e deve preceder a solicitação da doação de órgãos e tecidos para transplante. Tal situação pode evidenciar dilemas éticos permeados por aspectos religiosos, espirituais, culturais, econômicos e/ou sociais. Esse trabalho pretende contextualizar o leitor quanto ao aspecto histórico e epidemiológico da morte encefálica, bem como apresentar alguns dilemas éticos enfrentados pelos familiares do potencial doador após a comunicação da má notícia.

**Palavras-chave:** Morte Encefálica. Comunicação. Ética.

### Abstract

Communicating the diagnosis of encephalic death is a difficult task and must precede the request for organ and tissue donation for transplant. This situation may arouse ethical dilemmas permeated by religious, spiritual, cultural, economic and / or social factors. This paper aims to explain the reader about the historical and epidemiological aspects of encephalic death and to present some ethical dilemmas faced by families of potential donors after the announcement of that bad news.

**Keywords:** Brain Death. Communication. Ethics.

\* Pós-Doutorando do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil. E-mail: mjosan1975@hotmail.com

\*\* Doutorando pela Escola de Enfermagem da USP. Enfermeiro Encarregado do SPOT-HCFMUSP. E-mail: edvaldoleal@uol.com.br

\*\*\* Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil. E-mail: massaro@usp.br

## INTRODUÇÃO

Comunicar a morte de um paciente é, provavelmente, uma das tarefas mais difíceis que os profissionais de saúde têm de enfrentar, pois implica um forte impacto psicológico aos familiares. No entanto, quando nos referimos à morte encefálica, essa comunicação traz consigo uma sobrecarga de sentimentos e comportamentos, pois envolve a compreensão de um conceito de morte bastante recente e nem sempre compreendido.

A maneira, portanto, como os familiares de doadores falecidos são informados sobre a morte é essencial para a discussão e tomada de decisão sobre doação de órgãos e tecidos para transplante. Em relação aos doadores com coração parado, a doação é discutida depois que os familiares recebem a notícia da morte e, possivelmente, após terem tido a oportunidade de ver o corpo do falecido. Nesse caso, não é difícil entender a morte com base nos critérios cardiorrespiratórios. Por outro lado, na situação de morte encefálica, a entrevista quanto à doação ocorre enquanto o doador ainda apresenta batimentos cardíacos e permanece ligado aos aparelhos de suporte intensivo. Esse fato dificulta a aceitação da morte.

A comunicação da morte encefálica desperta nos familiares do doador, indubitavelmente, a necessidade de decidir sobre o destino que darão aos órgãos e tecidos do parente falecido. Para que haja a possibilidade da doação, é essencial que os familiares compreendam o conceito de morte encefálica e aceitem que a pessoa morreu.

Tal situação pode evidenciar dilemas éticos que são permeados por aspectos religiosos, espirituais, econômicos e sociais, podendo suscitar os seguintes questionamentos: morte encefálica equivale à morte? O que fazer quando o diagnóstico de morte encefálica é confirmado: doar ou não doar órgãos e tecidos para transplante? De quem é a decisão quanto à doação? É ético e legal desconectar o ventilador mecânico do não doador de órgãos com diagnóstico de morte encefálica? Esses são alguns dos aspectos éticos e legais envolvidos no processo de doação e que foram abordados nesse artigo. Para tal, é necessário, inicialmente, fazer uma abordagem na perspectiva histórica da morte encefálica para situar o leitor nesse processo.

## PERSPECTIVA HISTÓRICA DA MORTE ENCEFÁLICA

A primeira conceituação do que viria a ser denominado morte cerebral surgiu em 1959, quando neurocirurgiões franceses descreveram uma condição que denominaram de “morte do sistema nervoso central”. As características desse estado eram: coma apneico persistente, reflexos tendinosos e os associados ao tronco encefálico ausentes, além de ausência de atividade elétrica cerebral<sup>1</sup>. Os autores descreveram ainda que, contanto que a assistência ventilatória fosse mantida, nesses casos percebia-se a presença de pulso regular. Eles não consideraram a questão de que esse estado fosse equivalente à morte, mas concluíram que a persistência dessa condição por 18 a 24 horas autorizaria o desligamento do ventilador mecânico.

No mesmo ano, Mollaret, Goulon<sup>2</sup> publicaram um estudo mais completo dessa situação. Eles avaliaram 23 pacientes em coma sem resposta ao estímulo doloroso, sem reflexos do tronco cerebral e com eletroencefalograma isoeletrico e denominaram esse quadro de coma *dépassé* (um estado além do coma). Lamb<sup>3</sup> refere que eles também não igualaram o coma *dépassé* à morte e, ao contrário dos seus predecessores, não defenderam a interrupção da ventilação.

Kind<sup>4</sup> relata que

os médicos animados pelo lema do ‘dever de salvar vidas’, mas divididos quanto ao que fazer com os ditos casos sem esperança, deparavam-se com problemas morais apresentados por aqueles corpos que respiravam artificialmente, mas não tinham perspectiva de resgatar condições aceitáveis de saúde.

Stevens<sup>5</sup> chama a atenção para os problemas criados pelas tecnologias de suporte da vida. Para esse autor, “o triunfo dos aparatos para prolongar a vida esmorecia diante de um efeito indesejado: prolongar o morrer”.

Nesse contexto, no final da década de 1960, em virtude dos avanços nas medidas de reanimação cardíaca e de suporte à vida, fato que elevou os custos dos cuidados de saúde e provocou sérios desequilíbrios na gestão dos recursos, aliados à necessidade de obtenção de órgãos para transplante, a necessidade de uma nova

definição de morte clínica tornou-se evidente.

No ano de 1968, o “*ad hoc*” *Committee of the Harvard Medical School*, composto por 11 profissionais (7 médicos, 1 biólogo, 1 historiador, 1 jurista e 1 sociólogo), visou a definir o coma irreversível como um novo critério para a morte. Os critérios estabelecidos foram: ausência de responsividade cerebral, ausência de movimentos induzidos ou espontâneos, ausência de respiração espontânea, ausência de reflexos tendinosos profundos e aqueles associados ao tronco encefálico. Esse comitê considerou que a realização de um eletroencefalograma isoelétrico teria grande valor confirmatório, mas não considerou a sua realização obrigatória<sup>6</sup>.

Em 1976, no Reino Unido, a *Conference of Medical Royal Colleges* introduziu o teste de apneia e a opção da utilização de outros exames complementares além do eletroencefalograma para a confirmação da morte encefálica. Pela primeira vez, a morte encefálica foi considerada equivalente à morte humana.

No entanto, as atuais diretrizes para o diagnóstico de morte encefálica foram delineadas em 1981, durante os trabalhos da Comissão Presidencial para o estudo de problemas éticos em Medicina nos Estados Unidos. Assim, os critérios tornaram-se mais seguros, incluindo a identificação adequada do paciente e da causa do coma, sua irreversibilidade, a exclusão de causas metabólicas e de intoxicação exógena.

Em todo o mundo, os critérios de morte encefálica, em uso atualmente, são basicamente muito semelhantes, diferindo apenas quanto ao tempo de observação e quanto à necessidade ou não de exames subsidiários que a comprovem.

No Brasil, o conceito de morte encefálica foi referido pela primeira vez em 1968, por ocasião do primeiro transplante cardíaco. A pedido dos professores Euriclides de Jesus Zerbini e Campos Freire, os professores Paulo de Vaz Arruda e Adail de Freitas Julião definiram, com base puramente eletroencefalográfica, o “conceito e comprovação de morte real” a partir de estudo da atividade elétrica cerebral.

Em 1983, a Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por meio de seus docentes, estabeleceu o conceito de morte encefálica, o qual

passou a ser aceito e utilizado por todo o País<sup>7</sup>.

Em 1991, o Conselho Federal de Medicina regulamentou o diagnóstico de morte encefálica para pessoas com idade superior a 2 anos.

Cabe ressaltar que, desde o final dos anos 1960, quando foi publicada em importante veículo de divulgação científica da comunidade médica, o *Journal of the American Medical Association*, a definição de morte cerebral suscitou adesões e contraposições. Ao longo desses anos, a definição de morte encefálica tem sido objeto de debates.

No nosso País, a Lei No. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, determinou que a competência para definição dos critérios para o diagnóstico de morte encefálica cabia ao Conselho Federal de Medicina<sup>8</sup>. Assim, nesse mesmo ano, o conceito de morte encefálica foi revisto por uma “câmara técnica” formada por vários neurologistas, resultando na Resolução No. 1480/97 do Conselho Federal de Medicina, que ampliou o conceito anterior de morte encefálica, definindo critérios para crianças recém-nascidas a termo até 2 anos de idade, considerando não haver consenso sobre a aplicabilidade desses critérios em crianças menores de 7 dias e prematuros<sup>9</sup>.

Atualmente, a morte encefálica é definida como a cessação irreversível das funções cerebrais incluindo o tronco encefálico. No Brasil e em outros países, essa condição representa a morte da pessoa.

## EPIDEMIOLOGIA DA MORTE ENCEFÁLICA

As principais causas de morte encefálica são: Acidente Vascular Encefálico, Trauma Cranioencefálico, Tumor de Sistema Nervoso Central, Encefalopatia Anóxica.

Um estudo conduzido na região de Madrid no período de 1991 a 1993 identificou que a incidência de morte encefálica nas Unidades de Terapia Intensiva foi de 13,6% de todos os óbitos que ocorreram nessas unidades<sup>10</sup>. Uma pesquisa feita na Inglaterra e País de Gales, nos anos de 1989 e 1990, revelou que em 9,9% de todos os falecimentos ocorridos em Unidades de Terapia Intensiva tiveram a morte encefálica comprovada<sup>11</sup>. No Hospital Universitário Saint-Luc – Bruxelas, no período de 1993 a 1997, a taxa de morte encefálica confirmada foi de 9% de todos os

óbitos que aconteceram nas Unidades de Terapia Intensiva. Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada em Ankara, onde 8,3% dos falecimentos sucedidos nas Unidades de Terapia Intensiva também tiveram a morte encefálica comprovada<sup>12</sup>.

Nota-se que a incidência de morte encefálica nas Unidades de Terapia Intensiva é relativamente comum.

## **CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS FRENTE À COMUNICAÇÃO DA MORTE ENCEFÁLICA AOS FAMILIARES DE DOADORES DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE**

***Quando o diagnóstico de morte encefálica deve ser realizado? Como informar e esclarecer a família sobre essa condição?***

Todo paciente em coma irreversível, aperceptivo, arreativo, de causa conhecida, com escore na Escala de Coma de Glasgow igual a três pontos, sem uso de drogas depressoras do sistema nervoso central, apresenta requisitos indicativos de morte encefálica. Esse diagnóstico é confirmado por meio de dois exames clínicos e um exame complementar, conforme determina a Resolução No. 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina (CFM)<sup>9</sup>. Médicos de qualquer especialidade podem realizar os exames neurológicos de morte encefálica, sendo que pelo menos um desses exames deve ser realizado por médico com título de especialista em neurologia reconhecido no Brasil, conforme determina o Decreto No. 2.268, de 30 de junho de 1997, que regulamenta a Lei No. 9.434/97<sup>13</sup>.

No processo de doação e transplante, a família é o elemento principal, e a transparência desse processo só ocorre quando a família é devidamente informada e esclarecida sobre a gravidade da condição do paciente, pois a falta de esclarecimento é percebida como uma situação que gera angústia, dor e desespero. A equipe interdisciplinar de saúde deve oferecer apoio aos familiares, independentemente da manifestação contrária à doação. A postura ética e o respeito diante do sofrimento da família é um dever do profissional da captação de órgãos e da equipe que presta assistência ao potencial doador e seus familiares. A falta de sensibilidade da equipe é um fator que adiciona sofrimento, quando a fa-

mília percebe que o único interesse do profissional que está cuidando do potencial doador é a doação dos órgãos<sup>14</sup>. Outro aspecto importante refere-se à obrigatoriedade da notificação de todos os casos de morte encefálica à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.

Quando o diagnóstico de morte encefálica é confirmado, é necessário comunicar a má notícia aos familiares do doador falecido. Todavia, é importante informar os familiares sobre o início dos procedimentos para que possam nomear um profissional de saúde de sua confiança para acompanhar a realização dos exames que confirmarão essa condição; bem como possibilitar aos familiares do falecido tempo para assimilar a ideia da morte do seu parente.

Na comunicação de más notícias, a informação tem uma conotação especial, pois conduz as famílias dos pacientes a um estado de crise emocional e, para os profissionais de saúde, essa situação gera tensão<sup>15</sup>. Muitos desses profissionais manifestam dificuldades para estabelecer contato com familiares de pessoas falecidas. Isso decorre, principalmente, da falta de treinamento nesse tipo de comunicação.

A comunicação de má notícia pode ser definida como sendo a que altera drásticamente a perspectiva do próprio indivíduo ou de sua família em relação ao futuro. O resultado é uma desordem emocional ou do comportamento, que persiste certo tempo, depois que a má notícia é recebida<sup>16</sup>.

Nessas situações, a família deve ser entrevistada quanto à possibilidade da doação de órgãos e tecidos para transplante.

***Quem decide sobre a doação de órgãos e tecidos para transplante? O que fazer quando não existe consenso entre os familiares sobre a tomada de decisão?***

Atualmente, no território brasileiro, a família do potencial doador é quem pode autorizar a doação dos órgãos e tecidos para transplante, independentemente da pessoa falecida ter registrado o seu desejo em cédula de identidade, carteira nacional de habilitação ou qualquer outro tipo de documento. A Lei No. 10.211, de 23 de março de 2001, definiu o consentimento informado como forma de manifestação à doação, sendo que a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de

pessoas falecidas para transplantes ou com outra finalidade terapêutica depende da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida à linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte<sup>17</sup>.

Os profissionais que atuam no processo de doação de órgãos afirmam que estar com a família do doador falecido é o momento mais difícil do processo, gerador de grande estresse, mesmo para aqueles com maior tempo de experiência na área. Portanto, para esses profissionais, é imprescindível que o processo seja transparente e que exista confiança no sistema de saúde, por parte de familiares de potenciais doadores.

A entrevista familiar é, possivelmente, a etapa mais delicada do processo de doação, pois acontece minutos ou horas depois da comunicação à família da morte encefálica de seu parente falecido<sup>18</sup>. Nesse instante, o profissional de saúde defronta-se com o dilema entre o respeito à dor da família e a necessidade de apresentar o tema referente à doação dos órgãos e tecidos para transplante. Essa é uma situação geradora de grande conflito interno, levando o profissional a identificar a situação familiar frente à perda, estabelecer uma relação de ajuda com os familiares do potencial doador e, posteriormente, determinar o momento adequado para conversar sobre a doação. Esse cuidado é o que faz a diferença no processo de doação, pois o enfermeiro que atua nesse processo sabe que a experiência individual dessa entrevista pode causar um forte impacto sobre o ambiente social da família. Um processo mal conduzido pode enfraquecer a confiança e causar danos no relacionamento com os profissionais, bem como afetar futuras doações. Uma boa experiência não só ajuda os familiares a encarar a perda e a dor, como também contribui para a promoção do desejo de doar.

O objetivo da entrevista é garantir que os familiares do doador entendam a morte encefálica, identifiquem a vontade do falecido, esclareçam dúvidas sobre o processo de doação e transplante, além de oferecer apoio emocional e psicológico.

O fato de a escolha pela doação passar a ser de responsabilidade da família após a morte de um parente, ainda que ele tenha se manifestado em vida *por escrito ou de forma verbal*, gera

muitos questionamentos, e, por ser uma decisão de cunho muito pessoal, pode causar divergência entre os familiares. Do ponto de vista ético, o mais apropriado, possivelmente, seja estimular o consenso familiar, para que a decisão traga conforto para todos os envolvidos.

***Quando a família não autoriza a doação, o que fazer? É ético e legal desconectar o ventilador mecânico do não doador de órgãos com diagnóstico de morte encefálica?***

Cabe ressaltar que todos os pacientes com suspeita de morte encefálica devem ser avaliados e submetidos a exames para a confirmação de tal diagnóstico. Essa ação deve ser entendida como parte da assistência prestada aos pacientes e a seus familiares e não apenas relacionada à disponibilização de órgãos e tecidos para transplante.

É direito da família receber as informações quanto ao diagnóstico e possibilidade de doação de órgãos para transplante, bem como ser informada sobre a suspensão total de suporte terapêutico em paciente não doador de órgãos.

Algumas famílias de potenciais doadores, após a entrevista, não autorizam a doação dos órgãos e tecidos para transplante. Nesses casos, conforme a Resolução No. 1.826/07 do CFM, o médico, após o esclarecimento sobre a morte encefálica aos familiares e registro em prontuário, deverá suspender todos os procedimentos de suporte terapêutico<sup>19</sup>. Porém, na prática, o que se observa é a suspensão da dieta, dos antibióticos, das drogas vasoativas, mantendo-se o suporte ventilatório mecânico. Essa situação prolonga a permanência do não doador falecido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), resultando na ocupação desnecessária de um leito hospitalar, no comprometimento emocional para a família e em perdas financeiras para o sistema de saúde, além de gerar dúvida entre os profissionais da equipe multidisciplinar em relação à validade do diagnóstico de morte encefálica.

Existem médicos que não suspendem a ventilação mecânica do não doador, mas concordam em interromper um ou mais dos seguintes suportes terapêuticos: drogas vasoativas, soro de manutenção, dieta e antibióticos. Estudo realizado no Canadá, em 15 Unidades de Terapia Intensiva, revelou que 34% dos médicos entrevistados não se sentiam à vontade em desligar o respirador do

paciente com ME quando a família não autorizava a retirada do suporte. Esse comportamento sugere que esses médicos consideram a morte encefálica diferente da morte. Portanto, há muito que ser esclarecido, discutido e desmistificado, tanto na comunidade médica como na comunidade leiga<sup>20,21</sup>.

É perceptível a existência de receio por parte da comunidade médica latino-americana em retirar o suporte ventilatório de pacientes que ainda têm o coração batendo. Essa dificuldade aumenta nas situações de conflitos entre as equipes médicas e familiares, ou quando valores pessoais e religiosos estão envolvidos. Algumas culturas e grupos religiosos não aceitam a morte enquanto as funções vitais não cessarem. Nesses casos, a retirada do suporte gera desconforto, já que o indivíduo aparenta estar vivo, porque seu corpo está sendo mantido por suporte artificial<sup>21</sup>.

No Brasil, havendo impossibilidade de extração dos órgãos para transplante, seja por contraindicação ou por recusa do consentimento familiar, o médico deve suspender o suporte terapêutico do indivíduo não doador de órgãos. A retirada da ventilação mecânica é apoiada legalmente e deve ser realizada pelo intensivista após comunicação à família<sup>21</sup>.

Mesmo com critérios bem definidos há mais de duas décadas, o diagnóstico de ME e as condutas subsequentes ainda geram dúvidas e ansiedade na comunidade médica de todo o mundo<sup>22</sup>. A necessidade de estabelecer critérios que definam a morte encefálica surgiu com o objetivo de incentivar e normatizar a doação de órgãos, assim como permitir a retirada de suportes terapêuticos em não doadores de órgãos, pois não há dúvida de que ME é morte<sup>21</sup>.

Portanto, do ponto de vista ético e legal, após confirmação do diagnóstico de ME, é dever do médico informar a situação de modo claro e detalhado aos familiares do paciente falecido e suspender o suporte que mantém artificialmente o funcionamento dos órgãos vitais. A suspensão desses recursos não representa delito contra a vida, haja vista tratar-se de paciente morto<sup>19</sup>.

No entanto, ainda causa perplexidade aos familiares o fato de o corpo do falecido apresentar batimentos cardíacos, pressão arterial, respiração e temperatura corporal, mas que é explicado

pela manutenção de suporte ventilatório e medicamentos inotrópicos. Essa situação possibilita acreditar que a morte caracterizada pela parada das funções cardiorrespiratórias (morte por critério circulatório ou sistêmico) é diferente da morte encefálica (morte por critério neurológico), pois essa última condição permite imaginar que a pessoa está viva ou em coma, mas não morta<sup>21</sup>.

Contudo, a irreversibilidade da morte encefálica autoriza, legal e eticamente, o médico a retirar o suporte terapêutico utilizado até o momento de sua determinação. O CFM reconhece que a sociedade não está devidamente familiarizada com esse tema, o que gera ansiedade, dúvidas e receios, mas que deve ser enfrentado de modo compreensivo, humano e solidário<sup>19</sup>.

Por essas razões, faz-se necessária a discussão ética, moral e legal da suspensão de tratamento desnecessário e oneroso a esses pacientes, encarando a morte como complemento da vida e não inimiga a ser derrotada a qualquer custo. Sendo assim, não se justifica a manutenção da ventilação mecânica em indivíduo com diagnóstico de morte encefálica e não doador de órgãos para transplante<sup>23</sup>.

A decisão quanto à doação de órgãos e tecidos confronta diretamente o princípio da autonomia e da beneficência, pois a decisão fica a cargo dos familiares, que podem tomar qualquer decisão, independentemente do conhecimento ou não da vontade do falecido.

## CONCLUSÃO

Não há dúvidas de que a comunicação da morte encefálica é uma tarefa difícil, bem como sua compreensão e aceitação. No entanto, os dilemas éticos emergem após a informação e o esclarecimento dessa situação aos familiares do doador falecido, pois a partir da confirmação do diagnóstico, tanto os profissionais quanto os familiares terão que tomar decisões. O papel dos profissionais que prestam assistência aos doadores e seus familiares é atuar dentro dos princípios éticos e legais que norteiam as práticas no processo de doação. Sendo assim, muitas questões podem interferir na viabilização de órgãos e tecidos para transplantes de doadores falecidos.

## REFERÊNCIAS

1. Jouvett M. Diagnostic electro-souscortico graphique de la mort du système nerveux-centrale aux cours de certain comas. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol.* 1959;11:805-8.
2. Mollaret P, Goulon M. Le coma dépassé. *Rev Neurol (Paris).* 1959;101: 3-15.
3. Lamb D. Transplante de órgãos e ética. Trad Jorge Curbelo. São Paulo: Hucitec; 2000.
4. Kind L. Morte e vida tecnológica: a emergência de concepções de ser humano na história da definição de morte cerebral [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2007.
5. Stevens T. Redefining death in America, 1968. *Caduceu;* 1995.
6. Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. A definition of irreversible coma. *Report. JAMA.* 1968;205(6):85-8.
7. Glezer M. Morte encefálica. *Einstein.* 2004;2(1):52-4.
8. Brasil. Lei No. 9434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção e órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 5 fev. 1997. Seção 1.*
9. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM n. 1.480, de 8 de agosto de 1997. Critérios de morte encefálica. *Diário Oficial da União, Brasília, 21 ago. 1997. Seção 1, p. 18227-8.*
10. Navarro A, Escalante JL, Andrés A, et. al. Donor Detection and Organ Procurement in the Madrid Region. *Transplant Proc.* 1993;25:3130-1.
11. Gore SM, Cable DJ, Holland AJ. Organ donation from intensive care units in England and Wales: two year confidential audit of deaths in intensive care. *BMJ.* 1992;304:349-55.
12. Tourtchaninoff M, Hantson P, Mahieu P, Guérit JM. Brain death diagnosis in misleading conditions. *Q J Med.* 1999;92:407-14.
13. Brasil. Decreto No. 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei No. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, 1 jun. 1997. Seção 1, p. 13739-42.*
14. Moraes EL, Massarollo MCKB. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. *Acta Paul Enferm.* 2009;22:131-5.
15. España. Ministerio de Sanidade y Política Social. Organización Nacional de Trasplantes. *Comunicación em Situaciones Críticas.* [s.d.]
16. Díaz FG. Comunicando malas noticias en medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva.* 2006;30(9):452-9.
17. Brasil. Lei No. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei No. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. *Diário Oficial da União, Brasília, 24 mar. 2001. Seção Extra, p. 6.*
18. Roza BA, Pestana JOM, Barbosa SFF, Schirmer J. Organ donation procedures: an epidemiological study. *Prog Transplant.* 2010;20(1):88-95.
19. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM No. 1.826, de 24 de outubro de 2007. Suspensão de suporte terapêutico na determinação de morte encefálica. *Diário Oficial da União, Brasília, 06 dez. 2007. Seção 1, p. 133.*
20. Joffe AR, Anton N. Brain death: understanding of the conceptual basis by pediatric intensivists in Canadá. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160:747-52.
21. Lago PM, Piva J, Garcia PC, Troster E, Bousso A, Sarno MO, et al. Morte encefálica: condutas médicas adotadas em sete unidades de tratamento intensivo pediátrico brasileiras. *J Pediatr.* 2007;83(2):133-9.
22. Inwald D, Jacobovits I, Petros A. Brain death: managing care when accepted medical guidelines and religious beliefs are in conflict. Consideration and promise are possible. *BMJ.* 2000;320:1266-7.
23. Moraes EL, Carneiro AR, Araújo MN, Santos FS, Massarollo MCKB. Desconexão do ventilador mecânico de não doadores de órgãos: percepção de médicos intensivistas. *Rev Bioethikos.* 2011;5(4):419-26.

Recebido em: 13 de janeiro de 2012  
Versão atualizada em: 27 de janeiro de 2012  
Aprovado em: 14 de fevereiro de 2012