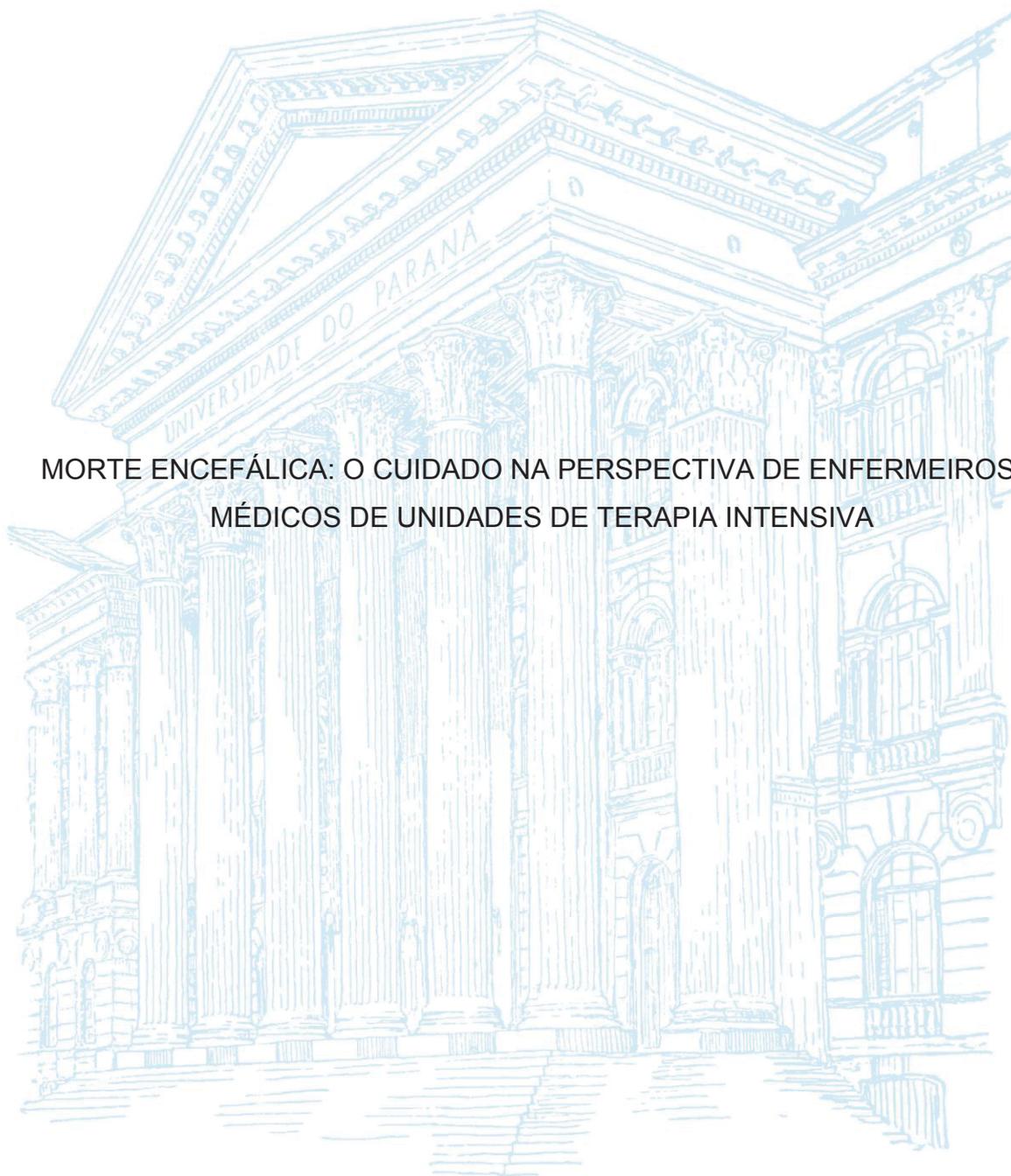


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

NATALIE GARCIA DOMINGOS



MORTE ENCEFÁLICA: O CUIDADO NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS E  
MÉDICOS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

CURITIBA

2021

NATALIE GARCIA DOMINGOS

MORTE ENCEFÁLICA: O CUIDADO NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS E  
MÉDICOS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra Nen Nalú Alves das Mercês

CURITIBA

2021

Domingos, Natalie Garcia

Morte encefálica [recurso eletrônico]: o cuidado na perspectiva de enfermeiros e médicos de Unidades de Terapia Intensiva / Natalie Garcia Domingos – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Nen Nalú Alves das Mercês

1. Assistência ao paciente. 2 Continuidade da assistência ao paciente. 3. Cuidados críticos. 4. Morte encefálica. 5. Unidades de Terapia Intensiva. I. Mercês, Nen Nalú Alves das. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -  
40001016045P7

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **NATALIE GARCIA DOMINGOS** intitulada: **MORTE ENCEFÁLICA: O CUIDADO NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS E MÉDICOS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**, sob orientação da Profa. Dra. NEN NALU ALVES DAS MERCÊS, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 10 de Fevereiro de 2021.

Assinatura Eletrônica

12/02/2021 15:41:59.0

NEN NALU ALVES DAS MERCÊS

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

17/03/2021 14:33:25.0

MARIA CRISTINA PAGANINI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

14/02/2021 06:07:29.0

MARIA DE FATIMA MANTOVANI

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil  
CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.  
Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 73900

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>  
e insira o código 73900

Dedico esta dissertação aos meus pais Ivete e José Aurélio (in memoriam), minha mãe pelo incentivo aos meus estudos, e meu pai pelo exemplo de dedicação a profissão. A todos os enfermeiros e médicos que prestam o cuidado aos pacientes em morte encefálica, e a todas as famílias que perderam seus entes.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus e a espiritualidade amiga pela sustentação da minha fé, resiliência, e principalmente pela minha saúde.

Aos meus pais Ivete e José Aurélio (in memoriam), pela oportunidade da vida.

Ao Thiago meu amigo, parceiro, amor, por todo incentivo, compreensão e auxílio.

A toda minha família pela torcida, principalmente minha avó Dionéia, pelas orações.

A todos os professores pela contribuição na minha trajetória de estudos.

A Profa. Dra. Nen Nalú Alves das Mercês, por toda a parceria, paciência e doação de seus conhecimentos.

Aos colegas da turma de mestrado, pelas trocas de experiências e por todos os momentos compartilhados.

As professoras membros da banca, pelo aceite do convite e participação na qualificação e defesa, pelas valiosas e relevantes considerações a esta dissertação.

Ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, e seus professores pelos ensinamentos e contribuição na minha formação acadêmica e profissional.

Ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade de trabalho e atuação como enfermeira.

A todos os profissionais participantes desta pesquisa, por aceitarem dividir suas experiências.

*“O começo de todas as ciências é o espanto  
de as coisas serem o que são”.*  
*Aristóteles*

## RESUMO

Este estudo teve como objetivos identificar os significados da morte encefálica na perspectiva de enfermeiros e médicos de Unidades de Terapia Intensiva adulto e os significados do cuidado na perspectiva de enfermeiros e médicos de unidades de terapia intensiva adulto. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de abordagem descritiva, exploratória, realizado com enfermeiros e médicos, que atuam em Unidades de Terapia Intensiva, junto ao paciente em morte encefálica. O grupo de participantes foi composto por 35 enfermeiros e 15 médicos, que atuam no cuidado ao paciente com morte encefálica. A coleta de dados foi realizada entre março a setembro de 2020, através de entrevistas semiestruturadas áudio-gravadas, que foram transcritas e organizadas no *software Word*. Foi realizada a análise de conteúdo pelas etapas de Creswell, com a utilização para a classificação e análise estatística dos dados qualitativos, o software IRaMuTeQ. Na análise das entrevistas, surgiram cinco classes dos participantes enfermeiros, que foram sistematizadas por representações gráficas, emergindo três categorias principais: Diagnóstico de Morte encefálica – a morte do cérebro, Protocolo de morte encefálica - direcionando o cuidado e Vivenciando o cuidado ao paciente com morte cerebral; e dos participantes médicos seis classes relacionadas entre si, que emergiram quatro categorias nominadas conforme o significado do seu conteúdo: Morte encefálica, Cuidado ao paciente com morte encefálica, A morte encefálica em jovens, e Protocolo de morte encefálica. A morte encefálica foi caracterizada como incompatível com a vida, a morte do cérebro, perda das funções e atividades cerebrais. O seu diagnóstico foi descrito como algo normal que atende a cuidados em um protocolo seguro e sistematizado de exames e avaliações que considera a possibilidade da doação de órgãos. Considera-se que o cuidado na situação de um paciente com morte encefálica para enfermeiros e médicos é um evento triste, justamente ao presenciar a dor da família, bem como o sofrimento que perpetua o momento.

Palavras-chave: Assistência ao paciente. Continuidade da assistência ao paciente.

Cuidados críticos. Morte encefálica. Unidades de terapia intensiva.

## **ABSTRACT**

This study aimed to identify the meanings of brain death from the perspective of nurses and doctors in adult intensive care units and to verify the meanings of care from the perspective of nurses and doctors in adult intensive care units. It is a qualitative study, with a descriptive, exploratory approach, carried out with nurses and doctors, who work in Intensive Care Units, with the patient in brain death. The group of participants was composed of 35 nurses and 15 doctors, who work in the care of patients with brain death. Data collection was carried out between March and September 2020, through semi-structured audio-recorded interviews, which were transcribed and organized using Word software. The content analysis was performed using Creswell steps, using the IRaMuTeQ software for the classification and statistical analysis of qualitative data. In the analysis of the interviews, five classes of nurse participants emerged, which were systematized by graphic representations, with three main categories emerging: Brain Death Diagnosis - brain death, Brain death protocol - directing care and Experiencing care for patients with death cerebral; and from the medical participants, six related classes, which emerged, four categories named according to the meaning of their content: Brain death, Care for brain death patients, Brain death in young people, and Brain death protocol. Brain death was characterized as incompatible with life, brain death, loss of brain functions and activities. Its diagnosis was described as something normal that meets care in a safe and systematic protocol of exams and evaluations that considers the possibility of organ donation. It is considered that care in the situation of a brain-dead patient for nurses and doctors is a sad event, precisely when witnessing the family's pain, as well as the suffering that perpetuates the moment.

Key-words: Patient care. Continuity of patient care. Critical care. Brain death.

Intensive care units.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - PROTOCOLO DE EXECUÇÕES DE EXAMES CLÍNICOS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.....	32
FIGURA 2 - DIRETRIZES DA AMIB PARA MANUTENÇÃO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS NO POTENCIAL DOADOR FALECIDO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. ....	43
FIGURA 3 - DENDOGRAMA - GRUPO ENFERMEIROS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. ....	56
FIGURA 4 - DENDOGRAMA (CLASSES E VOCÁBULOS) – GRUPO ENFERMEIROS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.....	56
FIGURA 5 - NUVEM DE PALAVRAS – GRUPO ENFERMEIROS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.....	57
FIGURA 6 - DENDOGRAMA- GRUPO MÉDICOS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.....	68
FIGURA 7 - DENDOGRAMA (CLASSES E VOCÁBULOS) – GRUPO MÉDICOS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.....	68
FIGURA 8 - NUVEM DE PALAVRAS - GRUPO MÉDICOS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. ....	69

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - COLETA DE DADOS DE ENFERMEIROS E MÉDICOS DE UTI PARA PARTICIPAR DO ESTUDO, PRESENCIAL, LIGAÇÃO TELEFÔNICA, WHATSAPP E TEAMS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. ....	51
QUADRO 2 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES (ENFERMEIROS). CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. ....	55
QUADRO 3 - CATEGORIAS RESULTANTES DAS TÉCNICAS DE ANÁLISES EMPREGADAS NO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. ....	57
QUADRO 4 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES (MÉDICOS). CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. ....	67
QUADRO 5 - CATEGORIAS RESULTANTES DAS TÉCNICAS DE ANÁLISES EMPREGADAS NO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. ....	69

## LISTA DE SIGLAS

ABN	- Academia Brasileira de Neurologia
ABRAMEDE	- Associação Brasileira de Medicina de Emergência
ABTO	- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
ALT	- Alanina Aminotransferase
AMIB	- Associação de Medicina Intensiva Brasileira
AST	- Aspartato Aminotransferase
AVE	- Acidente Vascular Encefálico
BVS	- Biblioteca Virtual de Saúde
CBR	- Colégio Brasileiro de Radiologia
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos
CFM	- Conselho Federal de Medicina
CIHDOTT	- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CINAHL	- <i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
cmH <sub>2</sub> O	- Centímetros de Água
CNCDO	- Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CPAP	- Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas
CTU	- Cadastro Técnico Único
DNA	- Ácido Desoxirribonucleico
DO <sub>2</sub>	- Oferta de Oxigênio
DRC	- Doença Renal Crônica
EEG	- Eletroencefalograma
EUA	- Estados Unidos da América
FAB	- Força Aérea Brasileira
FIO <sub>2</sub>	- Fração Inspirada de Oxigênio
h	- Horas
HBsAg	- Antígeno do Vírus da Hepatite B
HO-1	- Heme Oxigenase-1
ICAM-1	- Molécula de Adesão Intercelular-1
IL-8	- Interleucina-8

INCOR	- Instituto do Coração
Kg	- Quilograma
l	- Litros
LPA	- Lesão Pulmonar Aguda
ME	- Morte Encefálica
mEq	- Miliequivalente
min	- Minutos
mL	- Mililitros
mmHg	- Milímetros de Mercúrio
MS	- Ministério da Saúde
PAM	- Pressão Arterial Média
PaO <sub>2</sub>	- Pressão Arterial de Oxigênio
PD	- Potencial Doador
PEEP	- Pressão Expiratória Final Positiva
pH	- Potencial de Hidrogênio
PPGENF	- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PVC	- Pressão Venosa Central
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SaO <sub>2</sub>	- Saturação Arterial de Oxigênio da Hemoglobina
SES	- Secretarias Estaduais de Saúde
SNC	- Sistema Nervoso Central
SNT	- Sistema Nacional de Transplante
SUS	- Sistema Único de Saúde
TAP	- Tempo de Protrombina
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
µg	- Micrograma
UCI	- Unidade de Cuidados Intermediários
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva
VCAM-1	- Molécula de Adesão Celular Vacular-1

## LISTA DE SIMBOLOS

©	- <i>Copyright symbol</i>
°C	- Graus celsius
≥	- Igual ou maior
≤	- Igual ou menor
>	- Maior
®	- Marca registrada
<	- Menor
%	- Percentagem

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>25</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>26</b>
3.1	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A MORTE .....	26
3.2	A MORTE ENCEFÁLICA.....	28
3.2.1	A morte encefálica no Brasil .....	30
3.3	O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS .....	34
3.4	O CUIDADO NO CONTEXTO DA MORTE ENCEFÁLICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA .....	35
3.5	ASPECTOS ÉTICOS DA MORTE ENCEFÁLICA E DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS.....	43
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>47</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	47
4.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	48
4.2.1	Critérios de Inclusão.....	49
4.2.2	Critérios de Exclusão.....	49
4.2.3	Seleção e Recrutamento dos Participantes .....	49
4.3	COLETA DE DADOS.....	50
4.4	ANÁLISE DOS DADOS .....	51
<b>5</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>53</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>54</b>
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES - ENFERMEIROS .....	54
6.1.1	Grupo de Enfermeiros - classes geradas pelo software IRaMuTeQ.....	55
6.1.2	Classe 1: diagnóstico de morte encefálica – a morte do cérebro .....	58
6.1.3	Classes 2 e 3: protocolo de morte encefálica – direcionando o cuidado. ....	60
6.1.4	Classes 4 e 5: vivenciando o cuidado ao paciente com morte cerebral .....	62
6.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES – MÉDICOS.....	66
6.2.1	Grupo de Médicos – classes geradas pelo software IRaMuTeQ.....	67
6.2.2	Classes 1 e 2: morte encefálica.....	70
6.2.3	Classe 3: cuidado ao paciente em morte encefálica.....	72
6.2.4	Classes 4 e 5 – a morte encefálica em jovens .....	74

7	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	78
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	84
	REFERÊNCIAS.....	86
	APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS E IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE.....	96
	APÊNDICE 2 – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA...	97
	APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ... .....	98
	ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....	101

## APRESENTAÇÃO

Esta dissertação associa-se ao Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE), e insere-se na linha de pesquisa de Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), na qual estou inserida desde março de 2019, quando iniciei o Mestrado Acadêmico em Enfermagem.

A aproximação com a temática do cuidado ao paciente em morte encefálica se deu ao longo da minha trajetória como enfermeira, em 2010 quando iniciei minha atuação em Unidade de Terapia Intensiva. Na minha rotina de trabalho, por diversas vezes me deparei com a situação de morte de pacientes, algumas vezes de maneira imediata, sem que eu pudesse ou tivesse tempo de prestar todos os cuidados necessários, outras vezes, após vários dias de internação, quando por mais que a equipe se dedicasse para assisti-los, a morte também ocorria.

Porém naquela época, a morte que mais me intrigava era a morte encefálica. Eu não conseguia compreender como um paciente com o cérebro morto, ainda respirava, mantinha seu corpo aquecido e permanecia com seu coração batendo.

O cuidado direcionado a estes pacientes me causava estranheza, pois eu dedicava meu tempo a um paciente com prognóstico médico já reservado de óbito, que necessitava apenas de diversos exames para comprovação legal da sua morte clínica, legal e social, e mais difícil e doloroso ainda, era ver a família na beira do leito, ou na porta da UTI, aguardando a triste confirmação.

Muitos colegas da equipe também questionavam os cuidados que dispensávamos aqueles pacientes. Afinal tínhamos outros tantos graves para cuidar, outros que poderiam sair da UTI salvos, então, era mais óbvio e coerente cuidar destes que poderíamos ver a evolução e melhora ao invés de cuidar de um paciente, que já estava morto e que não teríamos a oportunidade de vermos os resultados concretos de todo o nosso cuidado e dedicação.

Hoje em dia minha atuação enquanto enfermeira é na Comissão de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), de um Hospital escola. Comissão que é responsável pela notificação e acompanhamento de todos os protocolos de morte encefálica e pelo processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes dentro do hospital.

Minha rotina de trabalho é visitar diariamente as Unidades de Terapia Intensiva, realizando a busca ativa de pacientes que apresentam indícios clínicos que possam evoluir para morte encefálica e que possuem os critérios necessários para abertura do protocolo diagnóstico. Sou responsável por toda a documentação, acompanhamento dos exames clínicos, laboratoriais e de imagem, atuando juntamente com a Central de Transplantes do Estado. Meu trabalho se estende também, em acompanhar e prestar auxílio aos familiares, e na situação da morte encefálica em pacientes potenciais doadores, realizar entrevista com a família para autorização da doação de órgãos.

Desta maneira, hoje em dia, por não estar mais na assistência direta ao paciente em morte encefálica na UTI, com uma visão externa, tenho a impressão, que mesmo após tantos anos se passarem, ainda há muitas dúvidas, questionamentos, e talvez até um certo distanciamento emocional dos profissionais da saúde no cuidado e tratamento destes pacientes, podendo vir acarretar um cuidado ineficaz, tão importante para o diagnóstico da morte encefálica. E nos casos de pacientes potenciais doadores, a manutenção, o manejo inadequado, com consequências prejudiciais a qualidade dos órgãos e ao sucesso dos transplantes.

## 1 INTRODUÇÃO

A morte encefálica (ME) foi descrita pela primeira vez em 1959, como coma *depasée*, por Mollaret e Goudon que avaliaram 23 pacientes em coma, sem resposta ao estímulo doloroso, sem reflexos do tronco cerebral e com eletroencefalograma (EEG) isoeletrico (RODRIGUES et al., 2013).

No ano de 1963, Schwab e colaboradores publicaram o primeiro conjunto de critérios de ME, que incluía ausência de respiração espontânea por 30 minutos, ausência de reflexos tendíneos de qualquer natureza, ausência de reflexos pupilares, ausência de reflexo óculo-cardíaco e 30 minutos de EEG isoeletrico (CORRÊA NETO, 2010). Anteriormente o conceito aceito de morte era “[...] a cessação irreversível das funções cardíaca e respiratória” (RODRIGUES et al., 2013).

O conceito de morte tem sofrido mudanças no decorrer do tempo. Os avanços da medicina, as técnicas de ressuscitação cardíaca, respiradores artificiais e circulação extracorpórea, tornaram obsoleta a definição tradicional de morte clínica, que incluía apenas a cessação irreversível das funções cardíaca e respiratória. O novo conceito de morte, formulado em 1981 pela *President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*, dos Estados Unidos, amplamente aceito até hoje, define-a como a cessação irreversível das funções cardíacas, respiratórias e de todo o encéfalo, em especial o tronco encefálico (PIMENTA; AMORIM; SILVA, 2012).

Também, faz parte dessa visão a ideia de que a morte consiste na interrupção permanente do funcionamento integrado de um organismo e que, a morte encefálica constitui critério suficiente para determinar quando essa interrupção ocorre (RODRIGUES FILHO; JUNGES, 2015).

Mesmo com a rapidez e quase aceitação universal do critério neurológico de morte, desde a sua introdução há mais de 50 anos, o conceito de morte encefálica ainda é alvo de controvérsias e discussões de ordem emocional, legal, médica, ética e política. Na década de 50, juntamente com as mudanças tecnológicas, surgiu o termo de ME com todas as etapas para o suporte de vida, técnicas de ressuscitação cardíaca e respiração, com o uso de ventiladores mecânicos, propiciando a manutenção e preservação dos órgãos para uma possível doação (RODRIGUES et al., 2013).

A declaração de morte cerebral requer a demonstração de lesão irreversível em todo o cérebro, incluindo o tronco cerebral. As diretrizes atuais baseiam-se no exame clínico à beira do leito para determinar se o paciente tem coma irreversível, ausência de reflexos dos nervos cranianos e apneia (PIMENTA; AMORIM; SILVA, 2012).

Esta mudança da definição de “morte”, viabilizado pela condição de ME após tornar-se equivalente à morte clínica, potencializou o campo dos transplantes (HADDERS; ALNAES, 2013). No contexto da doação de órgãos, porém, a partir desta mudança surgiram diferentes dilemas éticos, psicológicos, legais, espirituais, culturais e sociais, nas questões referentes à possibilidade de manter a vida de outras pessoas, por meio da doação para o transplante (LIMA, 2012).

Se por um lado parece existir um medo, de que a equipe médica utilize tratamentos e recursos terapêuticos desnecessários, pois os pacientes estão literalmente mortos, por outro há o medo de que o conceito de ME tenha sido introduzido exclusivamente com a intenção de aumentar a quantidade de órgãos disponíveis para transplantes ou para liberar leitos e diminuir gastos hospitalares (FRITZ, 2001).

No que tange a legislação, o Conselho Federal de Medicina (CFM), com a resolução nº 2.173/2017 a respeito do diagnóstico de morte encefálica no Brasil, considera como a perda completa e irreversível das funções encefálicas, definida pela cessação das atividades corticais e de tronco encefálico, portanto, a morte do indivíduo. Esta legislação é também associada a Resolução do CFM nº 1.826/2007, que respalda o profissional médico na legalidade e no caráter ético da suspensão dos procedimentos de suporte terapêutico, do paciente em morte encefálica não doador de órgãos, já nos casos de pacientes que serão doadores, o suporte terapêutico é mantido até o momento da captação dos órgãos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

Uma vez que a modalidade de transplante *post mortem*, tem como principal requisito a ME, o paciente mesmo que apresente batimentos cardíacos, já pode ser considerado potencial doador de órgãos (PD), e posteriormente seus familiares comunicados e consultados formalmente, sobre a opção da doação para fins de transplante (MONFORTE-ROYO; ROQUÉ, 2012).

O processo de doação conta com a participação de diversos profissionais da saúde, principalmente os que atuam nas Unidades de Emergências e Terapia

Intensiva (UTI). Estes profissionais desempenham importante papel desde a identificação dos potenciais doadores de órgãos e tecidos, abertura do protocolo de ME, manutenção e cuidado do potencial doador até a notificação aos órgãos responsáveis e comunicação do diagnóstico aos familiares (WESTPHAL et al., 2016).

Após a conclusão do diagnóstico de ME é necessário que, a equipe mantenha os cuidados intensivos rigorosamente, com o intuito de preservar os órgãos e manter sua viabilidade para potencial doação e transplante de órgãos (AGUIAR; MOREIRA, 2016).

Este momento é considerado de extrema importância para a doação, pois refere-se à manutenção do potencial doador, com a intenção de garantir a sobrevivência ou melhorar a qualidade de vida daqueles que, necessitam de órgãos ou tecidos, assim, o doador é o meio para este determinado fim (MORAES et al., 2015).

Sendo esta transformação de potencial doador em doador efetivo, um processo que exige uma equipe multiprofissional qualificada tanto na dimensão técnico-científica, quanto humanística e psicológica, pois o reconhecimento tardio dos sinais e sintomas da ME pode acarretar infecção, instabilidade hemodinâmica ou parada cardiorrespiratória e, conseqüentemente levar a perda do potencial doador (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012).

Todo este processo envolve um conjunto de ações e procedimentos que tem início a partir da identificação de um potencial doador. Os profissionais que atuam nesta área precisam cuidar para manter o corpo deste possível doador saudável, com vistas a salvar outras vidas. Por esta razão, as ações relacionam-se, sob uma perspectiva ética e pessoal das questões de vida e morte (LONGUINIÈRE et al., 2016).

Percebe-se na literatura, que a posição de destaque é com relação à recusa familiar. De modo que, a perda de um ente querido traz muito sofrimento aos familiares e a disposição de seus órgãos mais ainda, isto porque, os familiares tendem a ter um entendimento equivocado no que diz respeito à doação de órgãos, acreditando que esta prática poderá deformar o corpo. Desta maneira, quando a pessoa demonstra a vontade de doar os órgãos em vida, ou seja, de se tornar um doador de órgãos, esta afirmação é capaz de trazer uma segurança maior para os

familiares que, muitas vezes, acabam por respeitar o último desejo do ente querido (OLIVEIRA; NIHEI, 2018).

Segundo Rodrigues et al. (2013), outro fator que pode dificultar a doação de órgãos é a confusão teórica sobre a ME entre os profissionais de saúde, de como fazer o diagnóstico para constatar a morte, bem como o prognóstico da perda progressiva das funções cerebrais.

Lima, Silva e Pereira (2009) e Mercado-Martinez et al. (2015), observaram que os profissionais da saúde como médico, enfermeiros, que não atuam no processo de doação, cuidam do paciente possível doador em ME, como se estivesse vivo, demonstrando possivelmente um comportamento de negação da morte. A rotina de trabalhar diretamente com a morte e o morrer não ameniza o sentimento de pesar, ficando explícito que não há neutralidade ao cuidar, mesmo diante da morte. O corpo representa uma série de significados para estes profissionais.

Segundo Lima (2012), são escassos estudos que abordam a temática das percepções dos profissionais que cuidam de pacientes em ME. E, pondera que o cuidado a estes pacientes nas Unidade de tratamento Intensivo (UTIs) desperta sentimento de tristeza, angústia e medo, além de frustrações, por estabelecerem vínculos e por se identificarem com o paciente pela condição humana. No estudo de Souza et al. (2013) identificou-se que para a equipe de saúde, cuidar de uma pessoa com morte encefálica caracteriza-se como um evento estressante.

Na França, um estudo apontou que médicos e enfermeiros consideram estressante e perceberam falta de congruência entre seus sentimentos pessoais e as atividades relacionadas ao cuidado ao doador para doação de órgãos na UTI (KENTISH-BARNES et al., 2017).

Em um estudo realizado no Irã em 2018 sobre as atitudes de enfermeiros e médicos de UTI, no processo de doação, foi evidenciado que em comparação aos médicos, os enfermeiros estavam menos envolvidos na doação de órgãos e solicitavam com mais frequência treinamento adicional nessa área, embora os enfermeiros com mais de cinco anos de UTI foram mais favoráveis a doação em comparação, com os de menor tempo de profissão (MOGHADDAM; POURESMAEILI; MANZARI, 2018).

Estudos realizados por Cinque e Bianchi (2010) verificaram que os estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos

para transplantes foram: insatisfação com o atendimento, receber a notícia da morte encefálica de forma apressada e a demora para a liberação do corpo, sendo este o momento mais desgastante do processo. Concluíram que o processo de diagnóstico da morte encefálica e de doação é estressante para a família e que a assistência de enfermagem se torna necessária em cada etapa oferecendo suporte para diminuir o sofrimento dos familiares, pois é necessário que a família compreenda o diagnóstico da morte encefálica, para que autorizem a doação dos órgãos com segurança, e entendimento da importância do transplante.

O transplante é considerado uma opção terapêutica para diversas patologias crônicas e incapacitantes, que colocam em risco a vida de milhares de pessoas. Este procedimento, quando bem-sucedido oportuniza a reabilitação e a melhora na qualidade de vida (CASTAÑEDA-MILLÁN et al., 2014).

Em um estudo sobre a fila de transplantes no Sistema Único de Saúde (SUS), revelou que, a cada oito potenciais doadores, apenas um é notificado e somente 20% destes se tornam doadores efetivos de múltiplos órgãos. Esse baixo percentual se deve, muitas vezes por fatores relacionados a falhas na assistência prestada, o que representa um agravante frente ao tempo de espera por um transplante no país (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, 2019a).

É notado também, que a necessidade de estudos e aperfeiçoamento acerca da atenção ao potencial doador de órgãos e tecidos tem se mostrado um campo fértil para o aprendizado de estudantes de medicina e enfermagem. Entretanto, apesar de muitas revisões curriculares nas instituições de ensino superior na área da saúde, o tema não seja abordado de forma a garantir sua inserção de maneira consistente na prática (FREIRE et al., 2015).

Desta maneira, tantas indagações me trouxeram inquietações, e me impulsionaram a elaborar esta proposta de pesquisa.

Com a definição do seguinte questionamento: qual o significado do cuidado ao paciente com morte encefálica na perspectiva de enfermeiros e médicos de Unidades de Terapia Intensiva?

Destaca-se que, a temática do cuidado que as equipes de saúde desenvolvem com pacientes em morte encefálica são pouco exploradas. Ademais, esta dissertação se justifica pela necessidade do conhecimento na perspectiva de enfermeiros e médicos inseridos no cuidado direto ao paciente em morte encefálica,

pois além do cuidado prestado por estes profissionais ser primordial para o diagnóstico, é também importante para o processo de doação de órgãos, pois estes possuem um papel fundamental na divulgação de suas atuações, no exercício de suas funções e, nas orientações as famílias para compreensão e enfrentamento da situação.

## 2 OBJETIVOS

- a) Identificar os significados da morte encefálica na perspectiva de enfermeiros e médicos de Unidade de Terapia Intensiva adulto;
- b) Identificar os significados do cuidado ao paciente com morte encefálica na perspectiva de enfermeiros e médicos de Unidade de Terapia Intensiva adulto.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta a revisão narrativa da literatura (RNL) e se divide em nove subcapítulos: algumas considerações sobre a morte, a morte encefálica, a morte encefálica no Brasil, o processo de doação de órgãos, o transplante de órgãos na realidade brasileira, as Comissões Intra-hospitalares de Doação de órgãos e Tecidos para transplantes, o cuidado no contexto da morte encefálica na Unidade de Terapia intensiva e aspectos éticos da morte encefálica e da doação de órgãos.

A RNL é recomendada para o levantamento da produção bibliográfica e científica disponível, bem como para fazer uma reconstrução de redes de pensamentos e conceitos, com o intuito de trilhar caminhos e encontrar o que se almeja conhecer. Para isso, faz-se uso de todo e qualquer material que seja útil para um primeiro contato com o assunto e objeto a ser investigado. Nessa forma de busca, não existem critérios específicos para seleção de materiais, bastando ser sobre o tema a ser conhecido, o que permite apreender o objeto de pesquisa de forma mais ampla e compreender o estado da arte sob um ponto de vista teórico e contextual (ROTHER, 2007).

Para a revisão, foi empregada a estratégia de busca: *brain AND death, care AND health team AND organ donation*, tendo retornado 110 artigos, sendo 60 da base de dados PsycINFO, quatro da Web of Science, 26 da Scopus, 16 da Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), dez da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e 20 da PubMed. Não houve recorte temporal na busca de artigos nas bases de informação, a fim de realizar uma busca mais ampla sobre o assunto estudado.

Ainda, optou-se por não utilizar filtros de busca, a fim de rastrear maior informação sobre a temática. Após lidos na íntegra, foram selecionados 46 artigos, os quais abordavam a temática.

#### 3.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A MORTE

A percepção coletiva da morte é decorrência de um longo processo histórico, como também por tradições que envolvem dimensões existenciais, subjetivas e espirituais. Refletir sobre a morte pode conduzir a pensamentos intrínsecos não,

obrigatoriamente, à tristeza de evitar falar ou pensar sobre o tema. (HAYASIDA et al., 2014).

A morte faz parte do desenvolvimento e trajetória biológica e social do ser humano, como um evento que finaliza a vida orgânica e material, sendo assim, a morte é inevitável, faz parte do processo biológico da vida humana. É definida como a interrupção do ciclo da vida, gerando grande sofrimento e comoção em quem presencia, entretanto, é uma passagem que todos irão enfrentar ou presenciar (GONCALVES; SIMÕES, 2019).

Na idade média no ocidente, a morte era definida como um acontecimento natural, em que os familiares se acalentavam diante da sua chegada, em um momento de união familiar e de revelação dos últimos desejos da pessoa (SILVA; SILVA, 2007).

No início do século XX, a morte começou a ganhar importância e passou a ser considerada com dramaticidade e apoiada pelas consequências econômicas. Logo depois, mudou-se a perspectiva em relação ao sentido da morte, antes vista como algo natural, tornou-se um evento vergonho e frustrante (GONCALVES; SIMÕES, 2019).

Já em meados do Século XIX, o médico apenas acompanhava a chegada da morte de seu paciente, que geralmente acontecia em casa, chamada de morte domiciliar, sempre com a presença da família e amigos (SHIMIZU, 2007).

O conceito de morte evoluiu no decorrer dos tempos e traz impressões das civilizações, sejam culturais, sociais ou mesmo que refletem aos ritos funerários, relações com o corpo até percorrer o caminho das percepções atuais, através da promoção do processo de hospitalização (JUNIOR; ELTINK, 2011).

Na sociedade contemporânea, a morte passou a se esconder nos hospitais, na ausência dos familiares e mais próxima dos profissionais de saúde. O hospital passou a ser o local central da fuga do confronto com a morte (KOVÁČZ, 2008).

A hospitalização trouxe diversos benefícios para assistência, mas também criou lacunas e desafios, como a habilidade dos profissionais para lidar com a morte, uma vez que, a transferência de morrer em casa para morrer no hospital, não foi acompanhada da devida preparação, nem acadêmica e nem pessoal, pois até então, a morte era para ser evitada, combatida, e não compreendida (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011).

Atualmente, mesmo com o forte impacto das políticas de humanização da assistência no âmbito hospitalar, onde familiares cada vez mais podem permanecer com seus entes durante as internações nas UTIs, presenciando intercorrências, momentos de dor, estando presentes para a despedida e no momento em que o óbito ocorre. É percebido que ainda há um distanciamento e dificuldade no enfrentamento da morte pelos familiares e principalmente pelos profissionais de saúde (FETTERMANN et al., 2019).

Para Gonçalves e Simões (2019, p. 169), “[...] a morte é grande causadora de impacto na vida do ser humano. O modo de lidar e compreender a morte, ou ainda como associam em suas vivências profissionais ou pessoais, faz diferença no enfrentamento desse processo”.

### 3.2 A MORTE ENCEFÁLICA

Definida como a perda completa e irreversível das funções encefálicas, a morte encefálica, clinicamente reconhecida como a ausência de reflexos do tronco cerebral, apneia verificada, perda de tônus vascular, frequência cardíaca invariante e, eventualmente, paralisação cardíaca. Esta condição não pode ser revertida nem mesmo parcialmente por intervenção médica ou cirúrgica, portanto, sendo definitiva (WIJDICKS, 2013).

O conceito de morte encefálica foi originado em 1968, após o Consenso de Harvard. Mas, anos antes, em 1959, Mollaret e Goulon, dois neurofisiologistas franceses, adicionaram um novo quadro clínico para o estado de coma, denominado de coma *dépassé* (MATIS et al., 2012; WESTPHAL; VEIGA; FRANKE, 2019).

A descrição destes neurofisiologistas franceses é mencionada como a primeira conceituação do que viria a ser denominado de morte cerebral. Mollaret e Goulon basearam-se no estudo de 23 casos de pacientes em coma e, o método gráfico conhecido como eletroencefalograma (EEG), foi utilizado como evidência para o estado comatoso. Estes neurofisiologistas estavam perto da definição de critérios capazes de traçar uma fronteira entre a vida e a morte. Mas, apesar de terem apontado direções para os estudos dos colegas norte-americanos, foram os critérios elencados destes últimos que serviram de parâmetros para a solidificação da nova significação e diagnóstico de morte. A comunidade médica dos Estados

Unidos estava se preparando não só para a tarefa de garantir essa redefinição, mas também, para assegurar que ela fosse reconhecida juridicamente (KIND, 2009).

Foi apresentado então o conceito de Harvard que trazia critérios com parâmetros para o diagnóstico da morte encefálica, os quais se fundamentavam em testar os pares cranianos, que emergiam do tronco cerebral. Tais critérios incluíam um estado de coma perceptivo e arresposivo; ausência de reflexos e de quaisquer movimentos após uma hora de atenta observação; ausência de respiração após três minutos de desconexão do respirador; EEG isoeétrico; exclusão de hipotermia (abaixo de 32,2°C) e sem o uso de depressores do sistema nervoso central (SNC), sendo necessária a repetição dos testes clínicos em 24 horas (CORRÊA NETO, 2010).

Em 1980, durante a *National Conference of Commissioners on Uniform State Laws*, no estado do Hawaí, (EUA), recomendou a uniformização em todos os Estados norte-americanos incluindo, o uso dos critérios de diagnóstico de ME, sendo, posteriormente, corroborada pela *American Medical Association* e pela *American Bar Association*. Essas organizações ratificaram a uniformização e traz no primeiro parágrafo da recomendação o seguinte:

[...] quando um indivíduo que tenha parada mantida e irreversível das funções circulatória e respiratória, ou parada mantida e irreversível de todas as funções do cérebro, incluindo o tronco cerebral, está morto. O diagnóstico da morte deverá ser feito de acordo com padrões médicos aceitos (NATIONAL CONFERENCE OF COMMISSIONERS ON UNIFORM STATE LAWS, 1980, p. 03).

Portanto, igualando-se, juridicamente, ME à morte cardiorrespiratória, em 1995, a *American Academy of Neurology* reafirmou os critérios, especificando a técnica do teste de apneia e uma série de 25 observações clínicas, que não invalidam o diagnóstico de ME como, por exemplo: o sinal de Babinski, pressão arterial sistêmica normal, ausência de diabetes insípido, entre outros (CORRÊA NETO, 2010).

Neste contexto histórico, a definição de morte era descrita quando ocorria a cessação dos batimentos cardíacos; com o advento da tecnologia a definição de morte mudou e começou a ser verificado que o indivíduo morto, mantinha alguns sinais vitais, como batimentos cardíacos, pressão arterial, quando ligados a

aparelhos, mesmo sendo privado das funções vitais cerebrais (RODRIGUES et al., 2013).

As principais causas de ME observadas são as causas externas, resultando de traumatismo cranioencefálico e causas neurológicas, destacando-se o acidente vascular encefálico (AVE) (PARANÁ, Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, 2020).

Os autores Greer et al. (2016) corroboram que a ME é um mecanismo de morte legalmente aceito em todos os países, podendo haver uma variabilidade significativa nas políticas institucionais individuais em relação à determinação do diagnóstico. Por isso é imprescindível que a morte encefálica seja diagnosticada com perfeição e totalmente humanizada em todos os pacientes.

### 3.2.1 A morte encefálica no Brasil

No Brasil, a Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, determinou que competia ao Conselho Federal de Medicina (CFM) o estabelecimento dos critérios de ME que, por meio da Resolução nº 1.480/1997, definiu que a ME seria considerada nas condições de quadro neurológico de causa conhecida e consistiria em processo irreversível. Para tanto, seria necessária a realização de dois exames clínicos e um complementar (WESTPHAL; VEIGA; FRANKE, 2019).

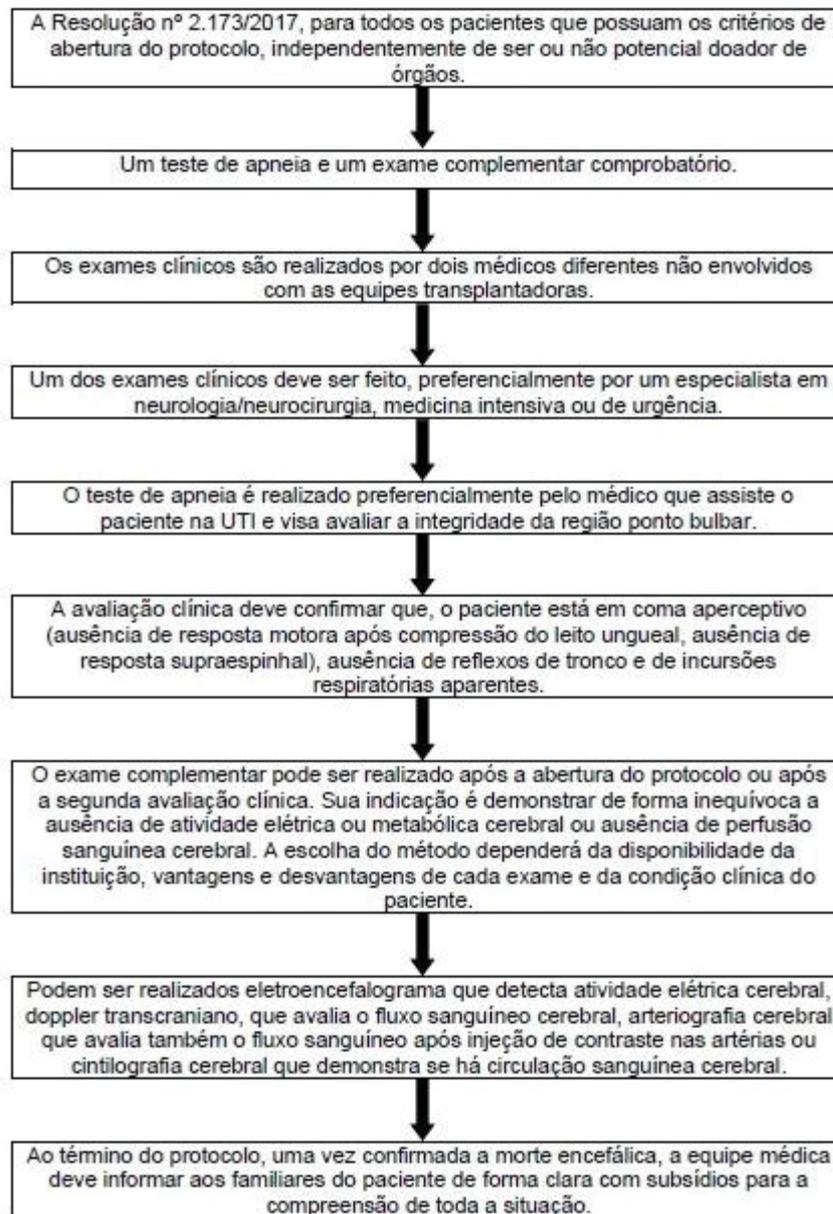
O Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017, reforçou a incumbência do CFM para determinação dos critérios de ME. A partir de então, a Resolução nº 2.173 do CFM, de 23 de novembro de 2017, definiu a ME como a perda completa e irreversível das funções encefálicas, definidas pela cessação das atividades corticais e do tronco encefálico (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

A Resolução nº 2.173/2.017 do CFM atualizou a metodologia para determinação da morte encefálica. Fazem parte dessas mudanças: a obrigatoriedade da observação de pré-requisitos fisiológicos, do atendimento otimizado ao paciente antes de iniciar os procedimentos para determinar a morte encefálica e da realização de exames complementares, bem como a necessidade de capacitação específica dos médicos que realizam tal diagnóstico. Também fazem parte das novidades a redução do intervalo de tempo entre os dois exames clínicos, a possibilidade de prosseguir os procedimentos mediante lesão unilateral de olho ou ouvido, a realização de um único teste de apneia e a criação de um termo de determinação de morte encefálica que contempla o registro de todos os procedimentos em um documento único. É evidente, nesse documento, ainda que existam controvérsias, o aprimoramento da segurança para definição de um diagnóstico de tamanha importância, com implicações

positivas que se estendem para além do paciente e do médico, e abrangem todo o sistema de saúde (WESTPHAL; VEIGA; FRANKE, 2019. p. 403).

Para que ocorra o diagnóstico de ME é necessária a realização de uma sequência de exames neurológicos, que se denomina protocolo de morte encefálica, e se tornou obrigatório com a Resolução nº 2.173/2017, para todos os pacientes que possuam os critérios de abertura do protocolo, independentemente de ser ou não potencial doador de órgãos. Este protocolo contempla a execução de dois exames clínicos, que são demonstrados através do fluxograma na FIGURA 1 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

FIGURA 1 - PROTOCOLO DE EXECUÇÕES DE EXAMES CLÍNICOS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



FONTE: A autora (2020).

A atuação do enfermeiro no processo de diagnóstico de morte encefálica e doação de órgãos para transplantes é pautada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), com a resolução nº 200/1997, que dispõe sobre a atuação dos Profissionais de Enfermagem em Transplantes e pela resolução 292/2004 que ao enfermeiro incumbe planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os Procedimentos de Enfermagem prestados aos doadores de órgãos e tecidos através dos seguintes procedimentos:

- a) Notificar as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - (CNCDO) a existência de potencial doador;
- b) Entrevistar o responsável legal do doador, solicitando o consentimento livre e esclarecido por meio de autorização da doação de órgãos e tecidos, por escrito;
- c) Garantir ao responsável legal o direito de discutir com a família sobre a doação, prevalecendo o consenso familiar;
- d) Durante a entrevista com a família e representante legal, fornecer as informações sobre o processo de captação que inclui: o esclarecimento sobre o diagnóstico da morte encefálica; o anonimato da identidade do doador para a família; do receptor e deste para a família do doador; os exames a serem realizados; a manutenção do corpo do doador em UTI; a transferência e procedimento cirúrgico para a retirada; auxílio funeral e a interrupção em qualquer fase deste processo por motivo de parada cardíaca; exames sorológicos positivos ou desistência familiar da doação;
- e) Aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no processo de doação de órgãos e tecidos;
- f) Documentar, registrar e arquivar o processo de doação/transplante no prontuário do doador, bem como do receptor;
- g) Transcrever e enviar as informações sobre o processo de doação atualizada para a CNCDO;
- h) Receber e coordenar as equipes de retirada de órgãos, zelando pelo cumprimento da legislação vigente;
- i) Cumprir e fazer cumprir acordo firmado no termo da doação;
- j) Executar e/ou supervisionar o acondicionamento do órgão até a cirurgia de implante, ou transporte para outra instituição;
- k) Exigir documento de identificação da pessoa responsável pelo transporte do órgão/tecido, autorizado pela CNCDO;
- l) Fazer cumprir a Legislação que normatiza a atuação do Enfermeiro e Técnico em sala operatória;
- m) Considerar a mesa auxiliar para perfusão de órgãos como campo operatório;
- n) Acompanhar e/ou supervisionar a entrega do corpo à família (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004).

É importante salientar o envolvimento e a atuação das associações médicas e de enfermagem, como a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), a Academia Brasileira de Neurologia (ABN), o Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Conselho Regional de Enfermagem (COREN), para a divulgação do tema e capacitação específica dos médicos e enfermeiros brasileiros para a determinação segura da ME (GONCALVES; SIMÕES, 2019).

### 3.3 O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

O Brasil é referência e modelo mundial em transplantes, com aproximadamente 96% dos procedimentos financiados pelo SUS no ano de 2019, em todo o país. Há dois tipos de transplantes: intervivos, menos utilizado, sendo possível apenas para alguns órgãos, e o transplante de doador falecido (SOARES et al., 2020).

Para a doação de doador falecido, o transplante de órgãos somente é considerado quando:

- O doador recebe diagnóstico de morte encefálica;
- O órgão-alvo da doação mantém-se em funcionamento;
- Consentimento dos familiares é obtido e, ademais;
- Conta-se com o consentimento expresso do receptor (SOARES et al., 2020).

No Brasil a Lei nº 9434 de 04 de fevereiro de 1997, norteia a doação de órgãos para transplantes e "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento" (BRASIL, Casa Civil, 1997).

Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) o estado do Paraná ocupa atualmente o primeiro lugar no país em número de doação de órgãos, de julho a dezembro de 2020. O Paraná registrou 558 notificações de potenciais doadores e 252 doações efetivas, que corresponderam a 385 transplantes de órgãos. Além da liderança em doações, o Estado se mantém no topo da lista em transplantes renais e em segundo lugar em transplantes de fígado (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2020).

Após a ME ser constatada e registrada pela equipe médica mediante os critérios definidos pelo CFM, há a necessidade de uma assistência integral e de qualidade, sendo imprescindível que toda a equipe conheça os procedimentos

normatizados para realização das etapas que confirmam este diagnóstico, realização destes exames e na conclusão diagnóstica, para iniciar os cuidados específicos ao potencial doador (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2020).

Desta maneira, a doação de órgãos é cogitada após o diagnóstico de ME, que consiste na possibilidade e na forma mais frequente de doação praticada atualmente. É necessário que a equipe mantenha os cuidados intensivos rigorosamente, com o intuito de preservar os órgãos e manter sua viabilidade para uma possível doação e transplante de órgãos (AGUIAR; MOREIRA, 2016).

Para que ocorra a doação de órgãos, a legislação vigente determina que, a decisão sobre a doação após a morte é dos familiares. Dessa forma, após a conclusão do protocolo de ME, com a confirmação do diagnóstico, se não há critérios de contraindicações para a doação, a família é entrevistada e lhes é oferecida a possibilidade da doação pela Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) (BRASIL, Casa Civil, 2001; BRASIL, Ministério da Saúde, 2009).

#### 3.4 O CUIDADO NO CONTEXTO DA MORTE ENCEFÁLICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O cuidado ao paciente com morte encefálica deve priorizar a manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos deve ser realizada tão logo ocorra a suspeita de morte encefálica. A equipe intensivista atuante em UTI desempenha papel de grande relevância na manutenção das funções vitais do potencial doador, sendo necessário embasamento a respeito de todos os aspectos da morte encefálica, conhecimento científico e ético, pois a viabilidade dos órgãos ou tecidos a serem doados depende diretamente de sua adequada conservação (COSTA; COSTA; AGUIAR, 2016).

Segundo Silva, Campos e Pereira (2011, p. 739) “[...] A morte é preponderantemente um fato inevitável para todos, faz parte do ciclo vital e tratá-la como se fosse um acidente biológico evitável é um ledor engano”.

Outro equívoco é acreditar que nada mais pode ser feito ao paciente fora de possibilidade de cura, além do mais, essa trajetória exemplifica que enquanto há vida, existe a necessidade do cuidado. Dessa forma é dever da equipe de saúde

prestar cuidados ao paciente durante todo o seu tratamento, especialmente quando não há mais a possibilidade de cura (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

Entretanto, as questões do cuidar e as práticas de assistência em saúde parecem sofrer uma grande influência deste paradigma da cura, pois, apresenta inclinação em direção aos cuidados críticos. Observa-se a assistência de alta tecnologia, em detrimento do cuidado com vista à promoção do conforto, não somente físico, mas também emocional e espiritual (PESSINI, 2003).

Sendo o cuidar uma prática inerente a condição humana que acompanha o homem desde os primórdios, da concepção até a morte, assim como todas as circunstâncias desencadeadas após ela, deve-se haver a conscientização de que, o cuidado é fato imprescindível tanto ao longo da vida quanto no momento da morte (BIFULCO; IOCHIDA, 2009).

Este cuidado no final de vida é uma ação digna e necessária, sendo também uma importante função do profissional de saúde, uma vez que a morte está presente no cotidiano desses profissionais, mas o preparo formal ainda é insuficiente. O ensino é voltado para a tecnociência, mas com pouco espaço para a abordagem dos aspectos emocionais, espirituais e sociais do ser humano. Essa insuficiência gera dúvidas sobre como cuidar nos casos incuráveis que, fatalmente conduzirão o indivíduo à morte e torna o processo de morte e morrer, mais complexo do que a própria cura, pois praticar o cuidado na finitude da vida envolve atos humanos no processo de assistir ao indivíduo, de maneira igualitária de um relacionamento interpessoal baseado em valores humanísticos muito além dos conhecimentos científicos (BIFULCO; IOCHIDA, 2009).

Uma vez que o cuidar e o cuidado do paciente terminal, apresentam geralmente conceitos distintos, o cuidar relaciona-se aos atos facilitadores de melhoria da condição humana e o cuidado por sua vez, associa-se às atividades que demandam habilidade e afeto e, compreende comportamentos cognitivos e culturalmente apreendidos, técnicas e processos que visam melhorar ou manter a saúde no viver.

O cuidado tem sua origem no desejo de preservar a vida, considerado um bem social, produto de um sistema organizacional de cuidados, com múltiplas interações humanas estabelecidas entre o cuidador, os pacientes e suas famílias, para cuidar do ser humano no seu processo saúde-doença, bem como na sua morte (FREIRE et al., 2014).

Desta maneira, o cuidado sempre esteve presente na vida humana, no seu processo vital desde o pré-conceber até o morrer. Ainda, que o ato ou ação de cuidar possa ser aprendido, desaprendido, reaprendido e partilhado, é único, particular e singular ocorrendo em momentos, espaços e movimentos nas situações múltiplas de viver social (ERDMANN, 1998).

Waldow (2006, p. 62) “[...] traz o cuidado como fenômeno do processo de cuidar, que é representado pela forma como ocorre o encontro entre o cuidador e o ser cuidado”.

Para Erdmann (1998) o cuidado é necessário para a manutenção das espécies, como forma de enfrentamento das circunstâncias a que estão expostas e essencial à organização de qualquer sociedade.

Tratando-se do cuidado no ambiente crítico, o profissional de saúde cuida de pacientes acometidos por diversas patologias como acidentes vasculares encefálicos e politraumatizados que, por vezes, evoluem para (ME), exigindo cuidados intensivos e específicos (ALMEIDA; CARVALHO; CORDEIRO, 2015).

As diretrizes sobre o cuidado no contexto da morte encefálica em relação a manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido ainda é aliada a muitos problemas de oferta de órgãos para os transplantes, que estão associados a falhas nos processos de reconhecimento da morte encefálica como a abordagem familiar e a manutenção clínica do doador falecido. Dessa forma os cuidados no contexto da morte encefálica são: aspectos gerais e suporte hemodinâmico, intervenções complementares e recomendações órgão específicas (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2019a).

A seguir o cuidado em vários contextos da morte encefálica, iniciando-se no suporte hemodinâmico:

Aspectos gerais e suporte hemodinâmico são fundamentais para instituição rápida e agressiva das medidas de manutenção para garantir a oferta tecidual de oxigênio (DO<sub>2</sub>), manter as funções orgânicas de acordo com metas terapêuticas definidas e reverter eventuais disfunções orgânicas. O atraso na restauração da DO<sub>2</sub> está relacionado ao aumento da resposta inflamatória que resulta em prejuízo no aproveitamento de órgãos para transplantes. O período de 12 a 24 horas é (idealmente) considerado adequado para o cumprimento dos aspectos burocráticos e reversão de disfunções orgânicas. Neste período são essenciais atitudes rápidas, agressivas e coordenadas para reversão de: disfunção cardiovascular, déficit de oxigenação, eventuais infecções bacterianas, hipotermia, distúrbios hidroeletrólíticos, alterações metabólicas de natureza endócrina, renal ou hepática, distúrbios de coagulação e de qualquer outra alteração orgânica tratável. Suporte hemodinâmico a instabilidade hemodinâmica é o

principal desafio no tratamento do potencial doador, sendo a hipotensão um problema comum que leva a diminuição da perfusão dos diversos órgãos. A aferição da pressão arterial não-invasiva é imprecisa em situações de choque. Há diferença significativa entre o método não-invasivo e a medida direta, principalmente quando existe aumento da resistência vascular sistêmica. Pressão arterial invasiva é um método seguro e essencial para guiar a terapia hemodinâmica, sendo recomendado por diversas sociedades e organizações internacionais para manutenção do potencial doador. Além disso, o acesso arterial facilita a coleta seriada de amostras sanguíneas para realização de gasometrias arteriais e permite a utilização de parâmetros dinâmicos de fluido-responsividade como a variação respiratória da pressão de pulso arterial (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA BRASILEIRA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2019b, p.6).

Cuidado no contexto da morte encefálica em relação a ventilação mecânica, controle endócrino metabólico e aspectos hematológicos e infecciosos:

Pacientes com função pulmonar relativamente normal no momento do diagnóstico de morte encefálica podem apresentar piora no seu desempenho em questão de horas. Apenas 15 a 20% dos pulmões desses pacientes estão em condições de serem transplantados. A morte encefálica leva a alterações fisiopatológicas, com graves alterações endócrinas e uma grande reação inflamatória que pode afetar o tecido pulmonar. Embora a lesão pulmonar esteja associada à gravidade da lesão cerebral primária, pode ser um efeito iatrogênico da ventilação mecânica durante este período. É fundamental estabelecer uma estratégia de ventilação que não acrescente dano ao tecido pulmonar. Em indivíduos em morte encefálica a ventilação com altos volumes correntes é um fator independente para desenvolvimento de lesão pulmonar aguda (LPA). O. Um sistema de circuito fechado foi utilizado para aspiração traqueal para evitar a perda da pressurização e de recrutamento pulmonar (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA BRASILEIRA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2019b, p.16).

Cuidado no contexto da morte encefálica para preservação da função renal:

Para manutenção da função renal adequada, com clearance de creatinina normal (>80 ml/min) e um débito urinário de 1 a 3 ml/kg/h, recomenda-se manter PAM  $\geq$ 65 mmHg, PVC entre 6 e 10 cmH<sub>2</sub>O e diurese >1 ml/kg/h no doador cadáver. Estes parâmetros podem ser obtidos pela infusão vigorosa de cristalóides e, por vezes, até com a administração excessiva de fluidos para evitar o uso de vasopressores. Não há estudos controlados, mesmo retrospectivos demonstrando dados específicos que definam qual reposição volêmica é ideal. Esta abordagem, reposição volêmica vigorosa, com o objetivo de "proteção renal" traz a possibilidade de comprometimento da função pulmonar e muitas vezes a inviabilização dos pulmões para transplante. Um estudo recente que analisou os efeitos da reposição restritiva de fluidos no intuito de se aumentar a captação de pulmões, mostrou que a manutenção dos parâmetros hemodinâmicos nos limites mínimos da normalidade (PVC <6 mm Hg) para evitar sobrecarga volêmica, aumentou a captação de pulmões e não afetou a taxa de captação de rins para transplante. Além disso, manteve-se a qualidade do enxerto quando comparado com conduta mais liberal na reposição volêmica. Outra alternativa é o uso de catecolaminas. A dopamina além do efeito hemodinâmico também apresenta efeito anti-inflamatório. In vitro a

dopamina reduz a expressão de quimiocinas e IL-8 em células tubulares, além de retardar a função de moléculas de adesão como ICAM-1 e VCAM-1 e induzir a expressão de HO-1. Outro estudo recente demonstrou que o uso de dopamina em dose baixa (4 µg/kg/min) após o diagnóstico de morte encefálica e até a retirada dos órgãos para transplante, reduziu a necessidade de diálise no receptor no pós-transplante imediato, mas sem afetar a sobrevida do enxerto e do paciente. Entretanto, dopamina em doses altas (>10µg/kg/min) e/ ou norepinefrina podem comprometer a função do órgão pelo efeito vasoconstritor. Quanto à nefrotoxicidade pelo uso de contrastes iodados, não há nenhum dado na literatura de como lidar com esta situação nos potenciais doadores falecidos. Portanto parece lógico seguir as orientações dadas para os outros tipos de paciente. Não há abordagem isolada que possa ser indicada sendo fundamental manter a perfusão tissular mais próxima da normalidade para preservação da função renal (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA BRASILEIRA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2019b, p. 26).

### Cuidado no contexto da morte encefálica para manutenção dos pulmões:

A morte encefálica libera mediadores inflamatórios e desencadeia uma série de alterações hemodinâmicas. Embora todos os órgãos sólidos sejam afetados, os pulmões são particularmente sensíveis as alterações que decorrem do evento, sendo suscetíveis tanto das manobras realizadas na tentativa de ressuscitação quanto das alterações de permeabilidade capilar. A permanência prolongada na UTI também expõe demasiadamente o pulmão a agentes infecciosos. Esta combinação de efeitos deletérios torna menos de 20% dos pulmões de doadores de múltiplos órgãos viáveis para transplante. O manejo criterioso de reposição volêmica, ventilação cuidadosa e avaliação seriada minimizam a perda do órgão. Na avaliação da viabilidade dos pulmões do doador de órgãos falecido os exames/procedimentos diagnósticos rotineiramente realizados são: oximetria de pulso, gasometria arterial seriada, aspiração da cânula traqueal, radiografia de tórax, broncoscopia e lavado bronco-alveolar. Os objetivos gasométricos que caracterizam pulmões adequados para o transplante são: SaO<sub>2</sub> ≥95% e PaO<sub>2</sub> ≥80 mmHg ou PaO<sub>2</sub> >300 mmHg com FiO<sub>2</sub> de 100% e PEEP de 5 cmH<sub>2</sub>O ou PaO<sub>2</sub> /FiO<sub>2</sub> ≥300 mmHg (D).(13) Sempre que houver acidose deve-se corrigi-la com bicarbonato de sódio ou com aumento da ventilação (PaCO<sub>2</sub> entre 30 e 35mmHg) para um pH >7,2 (C). Alguns estudos demonstram a possibilidade de utilização de doadores com valores mais alterados, desde que não associados a outros fatores de risco. A gasometria deve ser repetida pelo menos a cada 6 horas e/ ou sempre que ocorram alterações na monitoração de oximetria ou nos parâmetros ventilatórios. Alguns trabalhos mostram que ocorre mais falência do enxerto neste grupo enquanto outros não referem diferença nos resultados. É importante que essa melhora seja sustentada. Outros exames obrigatórios: (1) Radiografia de tórax: preferencialmente com cabeceira a 45° e ventilação com um volume corrente de 12 ml/kg peso (usar este volume somente durante a realização do exame). A radiografia deve ser recente e com menos de 6hs em relação ao horário de extração dos órgãos (2) A broncoscopia deve ser realizada no momento da avaliação do doador de múltiplos órgãos para colheita de lavado bronco-alveolar (B) (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA BRASILEIRA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2019b, p. 29).

### Cuidado no contexto da morte encefálica para manutenção do coração:

Realizar a ecocardiografia em todos os potenciais doadores de coração, para avaliar as condições morfológicas e funcionais - Considerar o uso de cateter de artéria pulmonar em todos os potenciais doadores de coração (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA BRASILEIRA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2019b, p.31).

#### Cuidado no contexto da morte encefálica para manutenção hepática:

Realizar a dosagem sérica de sódio, potássio e glicemia pelo menos a cada 6 horas. Recomendação Fraca. - Dosar as transaminases (AST/ALT), bilirrubinas e o TAP pelo menos a cada 24 horas - Manter o sódio sérico inferior a 160 mEq/L. Não contraindicar a doação de fígado em potenciais doadores com sorologias positivas para o vírus C e B (exceto se HBs AG positivo) (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA BRASILEIRA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2019b, p.34).

O cuidado científico e a utilização das tecnologias, são primordiais na manutenção adequada e eficaz do paciente em morte encefálica, porém não pode ser visto apenas como um ato único, exclusivo de procedimentos técnicos e operacionais, e sim como um processo que envolve sentimentos, percepções, valores, atitudes e princípios científicos, com a finalidade de assistir os indivíduos nele envolvidos, em todos os contextos e situações, inclusive na finitude da vida, nos pacientes sem prognósticos de melhora.

O cuidado com arsenal tecnológico é presenciado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e surgiram no Brasil na década de 70 do século XX, encontrando campo fértil no país no auge do milagre econômico que, no contexto, privilegiava um modelo econômico concentrador de renda e uma política voltada à modernização e ao desenvolvimento, o que repercutiu no setor de saúde (TRANQUITELLI; CIAMPONE, 2008).

A UTI configura-se como cenário que reflete o modo de organização próprio caracterizado pelo aparato tecnológico, pela gravidade de seus pacientes e pelas frequentes situações de estresse envolvendo a vida e a morte, exigindo do enfermeiro o estabelecimento de relações para que o cuidado se efetive (MAGALHÃES et al., 2019).

A Resolução nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020, do MS define as UTIS e unidade de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. Portanto, são definidas no artigo 1º como:

I – Unidade de Terapia Intensiva (UTI): ambiente hospitalar com sistema organizado para oferecer suporte vital de alta complexidade, com múltiplas modalidades de monitorização e suporte orgânico avançados para manter a vida durante condições clínicas de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica. Essa assistência é prestada de forma contínua, 24 horas por dia, por equipe multidisciplinar especializada.

II – Unidade de Cuidados Intermediários (UCI): ambiente que visa ao atendimento de pacientes de gravidade intermediária, considerados como de risco moderado e que não correm risco imediato de morte. Esses pacientes requerem monitorização contínua durante as 24 horas do dia e cuidados semi-intensivos, intermediários entre a unidade de internação da enfermaria e a UTI, necessitando de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada (BRASIL, Ministério da Saúde, 2020).

Os pacientes gravemente enfermos cursam com instabilidade vital e elevado risco de morte. Desta forma, requerem assistência de saúde complexa em UTI que possa oferecer suporte vital multissistêmico, para tal necessitando de infraestrutura hospitalar com suporte tecnológico avançado e equipe de saúde multiprofissional qualificada (BRASIL, Ministério da Saúde, 2020).

A identificação do nível de gravidade e a condução clínica adequada de pacientes críticos, bem como a definição formal e descrição dessas unidades e suas atividades, são essenciais para nortear a gestão do sistema de saúde de forma segura e eficiente, além de otimizar a alocação de recursos e a complexidade dessas unidades de suporte intensivo (UTI e UCI) (BRASIL, Ministério da Saúde, 2020).

Define-se como paciente crítico ou gravemente enfermo aquele que apresenta instabilidade ou risco de instabilidade de sistema vital com risco de morte. Esses pacientes podem sofrer deterioração de uma ou mais funções dos órgãos vitais, apresentando instabilidade cardiovascular, respiratória, neurológica, renal, metabólica ou patologias que possam levar à instabilidade desses sistemas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2020).

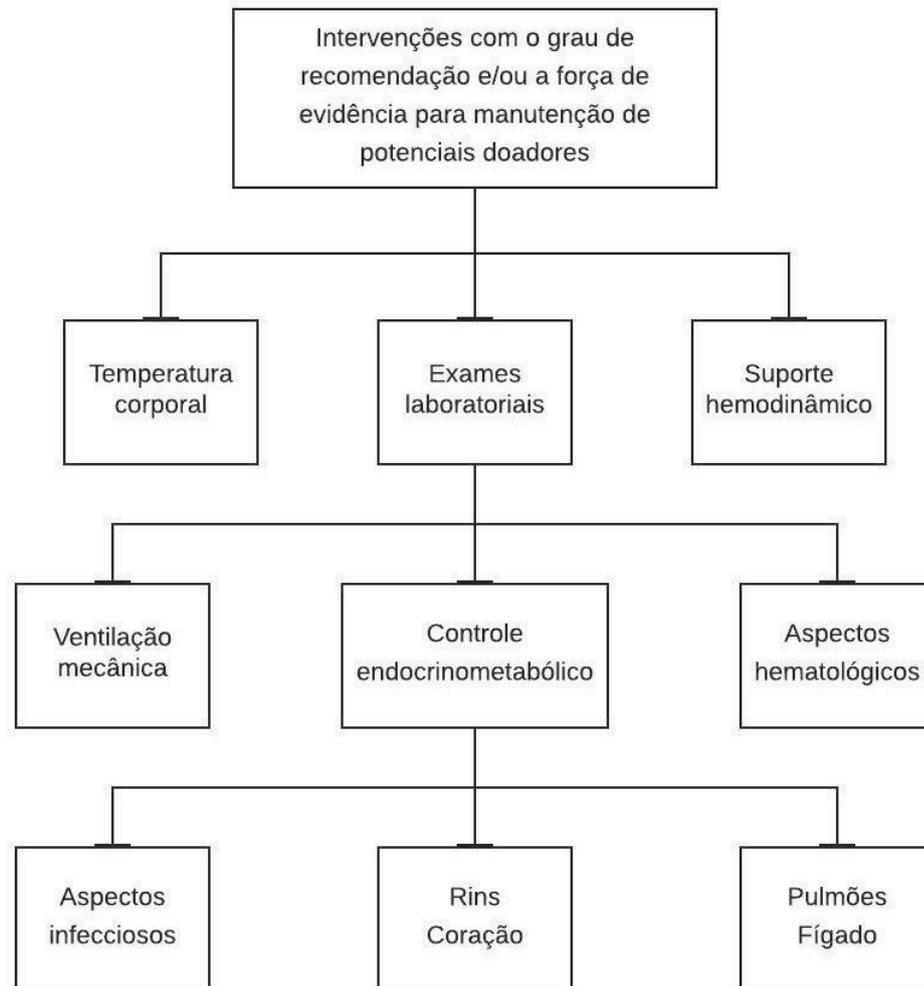
O processo da ME cursa com diversas alterações fisiopatológicas decorrentes da inativação de centros de controle pressórico, hormonal e respiratório. Por isso, são indispensáveis a identificação e a intervenção precoces dessas alterações, para que a perfusão dos órgãos vitais esteja preservada enquanto não

se conclui o protocolo de confirmação da ME; e, após de constatado o óbito, para a preservação dos órgãos destinados ao transplante, quando deve ocorrer a autorização da doação pela família do falecido (BRASIL, Ministério da Saúde, 2020).

A manutenção adequada do potencial doador influencia diretamente nas condições do enxerto no pós-transplante e reduz o índice de colapso circulatório do falecido antes da captação dos órgãos. Em virtude dessas necessidades, após uma parceria entre a AMIB e a ABTO, um grupo de pesquisadores desenvolveu as Diretrizes da AMIB para Manutenção de Múltiplos Órgãos no Potencial Doador Falecido, buscando evidências científicas para determinar as intervenções cabíveis na manutenção de pacientes que são PD de órgãos e tecidos (BRASIL, Ministério da Saúde, 2020).

As Diretrizes da AMIB serão apresentadas, no fluxograma de forma resumida (FIGURA 2), com a respectiva evidência e/ou o grau de recomendação científico.

FIGURA 2 - DIRETRIZES DA AMIB PARA MANUTENÇÃO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS NO POTENCIAL DOADOR FALECIDO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



FONTE: adaptado da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (2019).

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA MORTA ENCEFÁLICA E DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

O termo “bioética” em inglês, *bioethics* surgiu como um neologismo criado em meados de 1970, nos Estados Unidos, por um biólogo e oncologista chamado Van Rensselaer Potter. A princípio, esse termo foi cunhado visando a incentivar a reflexão acerca de dois temas de urgência na época: preservação ambiental e implicações futuras dos rápidos avanços das ciências, principalmente no que diz respeito ao potencial de modificação humana na natureza (CLOTET, 2003).

A Bioética, compreende “[...] o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que está conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais” (MENDES; SILVA; DALLARI, 1993, p.192).

Mais tarde, o termo foi utilizado para abranger questões complexas e, algumas vezes, polêmicas advindas da evolução das ciências biológicas. O estudo da composição do ácido desoxirribonucleico (DNA) humano, do projeto GENOMA, o uso de células-tronco embrionárias, a clonagem e o processo de doação e transplante de órgãos e tecidos são alguns exemplos dessas questões (CLOTET, 2003).

Alguns autores definem a bioética como o estudo das condutas humanas na área das ciências da vida e nos cuidados da saúde, com base nos valores e princípios morais, ou seja, a bioética segue os mesmos princípios da ética aplicados às situações específicas da área das ciências médicas e biológicas (GARRAFA, 2005).

No que tange ao diagnóstico de morte encefálica e doação de órgãos, a bioética é demonstrada em relação ao critério de lista única para transplantes, na Portaria nº 2.600/2009 que modificou a forma de distribuição dos órgãos de doadores falecidos no Brasil e a lista única passou a se chamar Cadastro Técnico Único (CTU). O CTU é composto de listas separadas por órgãos e tecidos para cada Estado, com critérios predefinidos para a priorização de pacientes graves ou em iminência de óbito, como no caso de uma hepatite fulminante, ou um paciente que aguarda um coração e está internado utilizando drogas vasopressoras para sobreviver. Em razão dessa modificação nos critérios de espera, a distribuição passou a atender ao princípio ético da justiça (BRASIL, Ministério da Saúde, 2009).

A respeito das discussões éticas sobre a morte encefálica, o CFM proferiu acerca dessas discussões por meio de um Parecer nº 04, de 2018 (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, 2018), referente à obrigatoriedade do neurologista na equipe de determinação de ME:

A exigência do neurologista fere a hierarquia das leis, alterando uma norma superior (lei) a que deve subordinação. Mais grave ainda, fere a própria Constituição Federal, que no inciso XIII do artigo 5º dispõe: “É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer” [...] este relator, representando o Conselho Federal de Medicina, defendeu nova redação para o parágrafo 1º do art. 16 do Decreto nº 2.268/97, que assim ficaria: “O diagnóstico de morte encefálica será confirmado, segundo os critérios clínicos e tecnológicos definidos em resolução do Conselho Federal de Medicina, por dois médicos, no mínimo” [...] o CFM não tem competência nem poder para fazer resolução que vá de encontro a Decreto Presidencial e que os critérios clínicos e tecnológicos a que se refere a lei já foram definidos na Resolução CFM nº 1.480/1997 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007. p.78).

A notificação da ME às CNCDO é obrigatória e está prevista em lei desde 1997 (Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997). Mesmo assim, acredita-se que a estatística de números de notificações desses órgãos estaduais não seja compatível com a realidade, em virtude da subnotificação de casos, como demonstrado em alguns estudos brasileiros (NOGUEIRA; PEREIRA, 2007).

A partir da conclusão do protocolo de ME, conforme determina a Resolução nº 1.480/1997 do CFM, o óbito é comunicado à família, que será acolhida por equipe especializada para ser informada quanto à possibilidade de doação de órgãos. A equipe multiprofissional tem como dever prestar assistência ao potencial doador e a família, fornecendo informações e esclarecimentos sobre a condição diagnóstica do paciente, pois a falta de esclarecimento pode gerar angústia, dor e desespero. Só então a família é questionada sobre a intenção de autorizar a doação (LIMA, 2012).

No processo de doação e transplante, a família é o elemento principal. O processo de doação de órgãos deve garantir a transparência devida. A postura ética e a empatia com o sofrimento da família constituem um dever da equipe de captação de órgãos. O profissional de captação de órgãos deve oferecer apoio aos familiares, informar que a doação é processo transparente, assegurado pela lei, e respeitar a decisão da família, independentemente da manifestação contrária à doação (SANTOS; MORAES; MASSAROLO, 2012).

Algumas famílias de potenciais doadores, após a entrevista, não autorizam a doação dos órgãos e tecidos para transplante. Nesses casos, conforme a Resolução No. 1.826/2007 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 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

A informação de morte encefálica tem uma conotação especial, pois pode conduzir um estado de crise emocional na família do paciente, gerando tensão para os profissionais de saúde. Alguns profissionais que trabalham com a captação de órgãos manifestam dificuldades para estabelecer contato com familiares de pessoas falecidas, o que decorre, principalmente, da falta de treinamento nesse tipo de comunicação (SANTOS; MORAES; MASSAROLO, 2012).

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. A CIHDOTT e/ou a Organização de Procura de Órgãos (OPO) são responsáveis por identificar os potenciais doadores de órgãos e tecidos até sua

conversão em doadores efetivos. Cabe à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) de cada Estado determinar as regras a serem seguidas pelas equipes quanto ao tempo de resposta de aceitação dos órgãos e tecidos, bem como de sua retirada (BRASIL, Ministério da Saúde, 2009).

## 4 METODOLOGIA

Neste capítulo, se discorre sobre o método que foi utilizado para a realização da pesquisa. Para isso, se inicia com o tipo de estudo, os participantes, os procedimentos para coleta e análise de dados, bem como os aspectos éticos.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa “emprega diferentes concepções filosóficas; estratégias de investigação; e métodos de coleta, análise e interpretação dos dados”. Além disso, os procedimentos que compõem esse tipo de pesquisa permitem investigar uma realidade por meio de diversas estratégias (CRESWELL, 2010, p. 206).

Para tanto é necessário pensar, em primeiro lugar, a singularidade de cada pessoa, sua subjetividade e experiências. “[...] Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere” (MINAYO, 2012, p. 623).

Creswell (2013) corrobora que uma pesquisa qualitativa é adequada quando o fenômeno de interesse é novo, dinâmico, como também complexo, nos quais as variáveis relevantes não são facilmente identificadas e quando as teorias existentes não aplicam o fenômeno. Para este pesquisador, a abordagem qualitativa fornece ao pesquisador uma informação mais concreta, produzindo um alto nível de detalhes.

De acordo com Minayo (2012, p. 315), “[...] a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante”. Na pesquisa qualitativa se busca saber que, como e por que da ocorrência de algo.

Desta forma, a opção pela pesquisa qualitativa se deu porque ela objetiva uma abordagem interpretativa “naturalística” e os “significados”, se valem de diferentes estratégias de investigação, método de coleta, análise e interpretação dos dados (CRESWELL, 2014).

A pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou de determinado fenômeno, mas não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação (VIEIRA, 2012).

Neste estudo, a pesquisa descritiva possibilitou descrever quais os significados da morte encefálica e quais os significados do cuidado na perspectiva de enfermeiros e médicos que atuam nas unidades de terapia intensiva.

#### 4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram profissionais enfermeiros e médicos, que atuam em UTI e prestam cuidados a paciente em ME, caracterizando a amostra como não probabilística e por conveniência, uma vez que esta amostragem procura obter participantes com elementos convenientes, e a seleção das unidades amostrais é deixada somente a cargo do entrevistador, não considerando o cálculo amostral para sua seleção. Além disso, adotou-se o critério conveniência, que, deve ser utilizado quando não se conhece o total de elementos que compõem o universo ou quando esses estão prontamente acessíveis ao pesquisador (GIL, 2010).

A amostragem também foi caracterizada como do tipo bola de neve, uma vez, que devido a pandemia da Covid-19, houve a dificuldade em alcançar a participação dos profissionais, sendo necessário a partir de um grupo inicial de participantes entrevistados, a indicação de outros subsequentemente, com base em informações fornecidas pelos participantes iniciais. Esse processo pode ser executado em ondas sucessivas, obtendo-se referências ou informações que leva a um efeito tipo bola de neve (BALDIN; MUNHOZ, 2011).

Os participantes foram profissionais enfermeiros e médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva Adulto de hospitais com perfil de captação de órgãos para transplantes em cidades do Estado do Paraná: Curitiba, São José dos Pinhais, Guarapuava, Paranaguá, Londrina, Cascavel, cidades nos estados de Santa Catarina: Joinville, Blumenau e São Paulo.

Participaram 50 profissionais, sendo 35 enfermeiros e 15 médicos, que atuam diretamente no cuidado a pacientes em morte encefálica nas UTIs. Dos 35 enfermeiros, 23 são do Estado do Paraná; sete do Estado de São Paulo e cinco do Estado de Santa Catarina. Dos 15 médicos, oito são do Estado do Paraná; quatro de Santa Catarina e três de São Paulo.

#### 4.2.1 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão foram: Ser enfermeiro (a), ou médico (a) com vínculo empregatício na instituição de saúde, membro da equipe que atua no cuidado direto ao potencial doador em morte encefálica, na Unidade de Terapia Intensiva – Adulto; atuar no mínimo há seis meses em Unidade de Terapia Intensiva; e ter prestado o cuidado em pelo menos cinco protocolos de paciente com morte encefálica.

#### 4.2.2 Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão foram: estar de férias ou em algum tipo de licença no período selecionado para a coleta de dados; e, estar ocupando cargo de chefia ou afastado (a) da assistência direta.

#### 4.2.3 Seleção e Recrutamento dos Participantes

A seleção e o recrutamento dos participantes ocorreram no período de março a abril de 2020, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de seres humanos (CEP) (ANEXO 1).

Devido a pandemia da Covid-19, com a proibição de entrada e circulação nos hospitais, surgiu a dificuldade de adesão dos profissionais ao estudo, havendo então, a necessidade de buscar participantes em outras cidades e estados.

Foram convidados a participar do estudo 41 enfermeiros e 28 médicos, dos quais 6 enfermeiros e 13 médicos se recusaram a participar ou não responderam ao convite realizado por meios digitais e presencialmente. Os médicos e enfermeiros de uma das instituições, que trata-se de um hospital federal de ensino e pesquisa, na cidade de Curitiba, estado do Paraná, foram convidados pela própria pesquisadora, presencialmente, pelos aplicativos *Microsoft Teams* e *WhatsApp*; e, os das outras instituições de saúde foram convidados por indicação e divulgação dos próprios participantes, contatados via ligação telefônica, utilização de aplicativos de mensagens, com ou sem agendamento prévio, conforme observa-se no QUADRO 1.

### 4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de março a setembro de 2020 e, utilizou-se dois instrumentos construídos pela pesquisadora: 1º instrumento – ficha de caracterização do participante (APÊNDICE 1), na qual constam os seguintes dados: nome do participante; telefone; sexo; idade; religião; profissão; formação acadêmica; tempo de formação; tempo de serviço na instituição; tempo de serviço na uti; número de protocolos em que prestou cuidado.

O 2º instrumento: roteiro para entrevista semiestruturada (APÊNDICE 2), com as questões norteadoras para a entrevista.

A entrevista é um processo social, em que as palavras são o meio de troca entre o entrevistador e entrevistado. dessa maneira, “ela é uma interação, uma troca de ideias e significados, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas” (BAUER, 2007, p. 94).

As entrevistas foram áudio gravadas, com dois gravadores digitais após consentimento devidamente documentado, e posteriormente transcritas. as entrevistas realizadas por telefone e via *Whatsapp*, foram gravadas pelo celular e uso de gravador portátil.

A duração média das entrevistas no grupo de enfermeiros foi de 25 minutos e no grupo de médicos de 15 minutos, sendo evidenciado pela autora, diferenciação entre as modalidades das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas por telefone, *Microsoft Teams* e pelo *Whatsapp*, principalmente com o grupo de médicos. O *Microsoft Teams* é uma plataforma unificada de comunicação e colaboração que combina bate-papo, videoconferências, armazenamento de arquivos e integração de aplicativos (©TEAMS, MICROSOFT, 2017). o *Whatsapp* é um aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para smartphones. além de mensagens de texto, os usuários podem enviar imagens, vídeos e documentos em PDF, além de fazer ligações grátis por meio de uma conexão com a internet (©WHATSAPP LLC, 2009).

As entrevistas com enfermeiros foram realizadas por meio de: ligação telefônica (04), *Whatsapp* (13), *Teams* (02) e presencial (16); no grupo dos médicos foi: ligação telefônica (04), *Whatsapp* (05) e presencial (06).

As devolutivas das entrevistas transcritas foram realizadas via e-mail para todos os participantes, com mensagem prévia através do aplicativo *Whatsapp*.

QUADRO 1 - COLETA DE DADOS DE ENFERMEIROS E MÉDICOS DE UTI PARA PARTICIPAR DO ESTUDO, PRESENCIAL, LIGAÇÃO TELEFÔNICA, WHATSAPP E TEAMS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

	MÉDICOS	ENFERMEIROS
Ligação Telefônica	4	4
WhatsApp	5	13
Teams	0	2
Presencial	6	16

FONTE: A autora (2020).

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram interpretados conforme os passos propostos por Creswell (2010), o qual define o processo de análise como envolvimento pela extração do sentido dos dados do texto e da imagem resultantes das entrevistas, sendo o pesquisador responsável por refletir sobre esses e aprofundar-se em busca de suas significações.

A análise de dados obedeceu às etapas da análise de conteúdo propostas por Creswell (2010), da seguinte maneira:

1. Organização e preparação dos dados para a análise, com a transcrição das entrevistas na íntegra, codificação para impossibilitar a identificação dos indivíduos e a disposição dos dados em formato de corpus textual;

2. Leitura de todos os dados. Nesta etapa obteve-se a percepção geral das ideias expressas pelos entrevistados, apreendendo e refletindo sobre os significados por meio da leitura das entrevistas transcritas;

3. Codificação dos dados por meio da organização das informações em blocos ou segmentos de texto, com agrupamentos destes em categorias as quais foram estabelecidas com base na similaridade entre as sentenças encontradas;

4. Descrição dos dados, descritos detalhadamente, com base na codificação atribuída, e, então, criadas categorias e subcategorias, baseadas nas classes obtidas por meio do software IRaMuTeQ;

Representação da análise com os dados representados na forma das falas dos participantes e por figuras geradas pelo software IRaMuTeQ;

interpretação da análise com os significados extraídos da análise.

O IRaMuTeQ® proporciona a realização de diferentes tipos de análises de dados textuais, compreendendo as mais simples até análises multivariadas (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O *software* realiza a organização do vocabulário de forma clara e compreensível. Dentre as análises realizadas estão: análise léxica clássica, análise de especificidades, análise de similitude, nuvem de palavras e a análise pós fatorial, as quais são realizadas a partir de um corpus 49 (aglomerado de textos que expressam determinado tema) agrupados em arquivo único de texto ou a partir de tabelas, organizadas sob a forma de planilhas, que devem ser gerados pelo *OpenOffice.org* ou *LibreOffice* (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Na análise léxica clássica as unidades de texto são identificadas e reformatadas, como se fosse uma “reconstrução de termos”. A partir da quantidade de palavras encontradas se constrói um dicionário de formas reduzidas, que posteriormente originará as chamadas Unidades de Contexto Iniciais (UCI) e Unidades de Contexto Elementares (UCE) (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Enquanto isso, a análise de similitude, baseada na teoria dos grafos, possibilita a identificação das ocorrências entre palavras e indica a conexidade entre elas, o que auxilia a identificar a estrutura de um corpus textual, distinguindo as partes comuns e as especificidades a partir das variáveis ilustrativas que foram encontradas na análise. Outra forma é método da Classificação Hierárquica (CHD) que classifica segmentos de texto a partir do seu vocabulário e o conjunto deles é repartido com base na frequência das formas reduzidas (palavras já lematizadas), visa obter classes de UCE que apresentam entre si vocabulário semelhante o qual é diferente das UCE de outras classes (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Após as análises da CHD os dados são dispostos em um dendograma que ilustra as relações entre as classes. A quarta forma é a nuvem de palavras, trata-se de uma análise mais simples que possibilita identificação rápida de palavras-chave de um corpus, fazendo agrupamento e organização gráfica de vocábulos em função da frequência (CAMARGO; JUSTO, 2013).

A última forma de apresentação dos resultados disponível no software é através da análise fatorial de correspondência, feita a partir da CHD (Análise Pós-Fatorial), a qual possibilita a recuperação no corpus original dos segmentos de texto pertencentes a cada classe, ou seja, a partir dessa análise há obtenção do contexto das palavras de maior relevância estatística. O IRaMuTeQ® é uma ferramenta

acessível aos pesquisadores, pois é de fácil manuseio, gratuito e de simples compreensão. Além disso, a disponibilidade em fazer uso de diferentes recursos técnicos de análise lexical possibilita ampla compreensão dos dados pesquisados (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Neste estudo foram selecionados para análise e discussão dos dados os vocábulos de cada classe com mais frequência e valor de Qui-quadrado de 3,4 por serem mais expressivos e  $p < 0,001$ , objetivando uma associação significativa.

## 5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo respeitou a Resolução CNS nº 466/2012, a qual requer respeito devido à dignidade humana e exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, pessoas ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, 2012). O projeto foi submetido ao CEP de um hospital universitário do estado do Paraná do estudo e aprovado com CAAE 24288819.3.0000.0096, sob Parecer nº 3.792.986 (ANEXO 1).

Os dados das entrevistas foram arquivados em meio digital (*pen drive* e nuvem do *Google Drive*) e, em cópia física em pasta de arquivo, sob a guarda da pesquisadora. Todo o material será guardado por um período de cinco anos. As informações foram e serão confidenciais, garantindo o anonimato dos participantes do estudo.

O TCLE foi elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE 3) e sua assinatura, conforme preconiza a Resolução CNS nº 466/2012, ocorreu após a apresentação e discussão no recrutamento dos participantes. Uma via do TCLE assinado ficou de posse do participante e outra foi mantida com a pesquisadora, em acatamento à resolução.

Para manter o sigilo e o anonimato da identidade, os participantes receberam um código identificador, constituído por: M (Médicos), E (Enfermeiros) + número em algarismo arábico em ordem crescente. Exemplo: M1, E10. Os dados de identificação foram registrados na ficha de identificação dos participantes (APÊNDICE 2).

## 6 RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados oriundos da coleta dos dados no cenário da pesquisa realizada, por meio da análise dos dados referentes à caracterização dos participantes do estudo e, na sequência, dos dados processados pelo *software* IRaMuTeQ, que os organizou em cinco classes, sendo sistematizados por representações gráficas. A partir da análise das classes organizadas, emergiram três categorias principais, que são: Diagnóstico de Morte encefálica – a morte do cérebro, protocolo de morte encefálica - direcionando o cuidado, vivenciando o cuidado ao paciente com morte cerebral.

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES - ENFERMEIROS

No QUADRO 2, apresenta-se a caracterização dos enfermeiros quanto ao: sexo, idade, religião, formação acadêmica, tempo de formação, tempo de vínculo profissional na instituição de saúde, tempo de atuação na UTI e números de protocolos de pessoas com ME, que participou do cuidado junto a equipe multiprofissional

Dos 35 participantes, a maioria são enfermeiros do sexo feminino, com idades entre 30 a 40 anos, católicos, com titulação acadêmica em nível de especialização, com graduação há mais de 20 anos; de um a 10 anos de tempo de instituição, de um a 05 anos atuando em UTI; e, de cuidado de enfermagem em cinco a 10 protocolos realizados de ME.

QUADRO 2 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES (ENFERMEIROS). CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

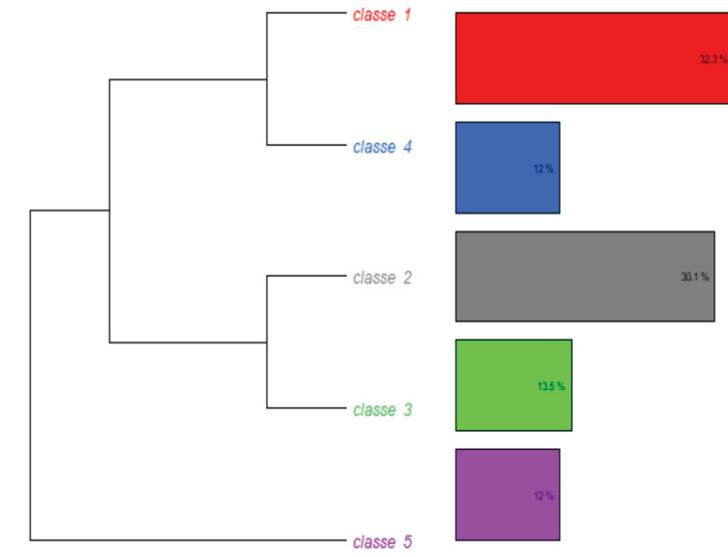
<b>VARIÁVEL</b>	<b>N = 35</b>
<b>SEXO</b>	
Feminino	27
Masculino	8
<b>IDADE</b>	
Adultos (30 a 40 anos)	26
Adultos (+ 40 anos)	9
<b>RELIGIÃO</b>	
Católica	21
Evangélica	7
Espírita	4
Sem religião	3
<b>FORMAÇÃO</b>	
Especialização	26
Mestrado	8
Doutorado	1
<b>TEMPO DE FORMAÇÃO</b>	
5 a 10 anos	15
+ 20 anos	20
<b>TEMPO DE INSTITUIÇÃO</b>	
1 a 10 anos	33
+ 10 anos	02
<b>TEMPO DE UTI</b>	
1 a 5 anos	22
+ 05 anos	13
<b>Nº DE PROTOCOLOS</b>	
5 a 10	15
10 a 20	10
20	5

FONTE: A autora (2021).

### 6.1.1 Grupo de Enfermeiros - classes geradas pelo software IRaMuTeQ

Foram 35 textos processados pelo *software* IRaMuTeQ, referentes às 35 entrevistas realizadas, tendo como resultado 859 segmentos de texto, com aproveitamento de 72%. A partir da classificação dos segmentos de texto de acordo com o vocabulário, obtiveram-se cinco classes relacionadas entre si, que, mediante análise, foram agrupadas em três categorias nominadas conforme o significado do seu conteúdo. Esses dados foram representados em dendograma, que identificou cinco classes, de acordo com a FIGURA 3.

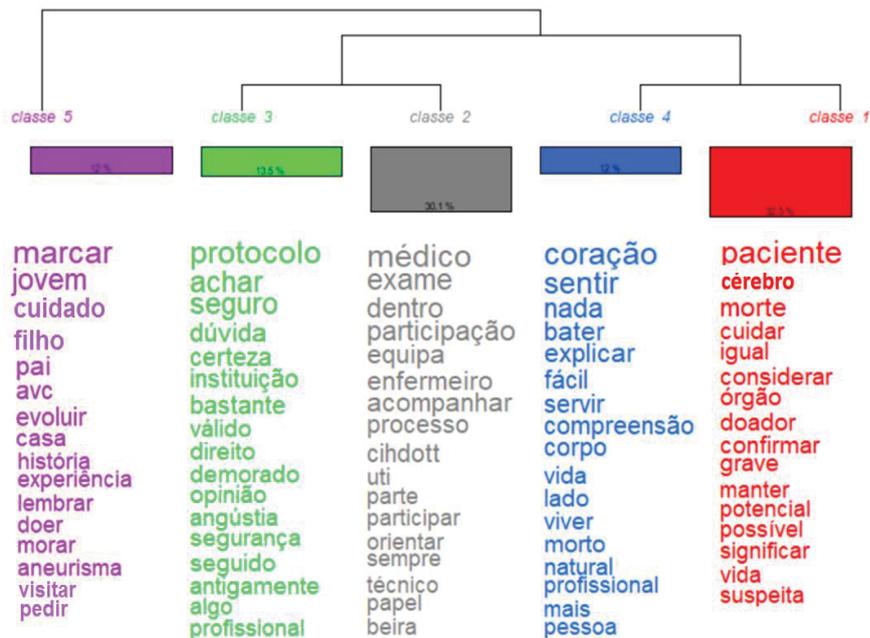
FIGURA 3 - DENDOGRAMA - GRUPO ENFERMEIROS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



FONTE: A autora (2020).

As classes foram definidas pelo *software* IRaMuTeQ, com os vocábulos presentes nos segmentos de texto; as palavras mais frequentes, com valor de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) maior que 3,4 e  $p < 0,0001$ , estão destacadas no dendograma da FIGURA 4 aparecendo em ordem descendente.

FIGURA 4 - DENDOGRAMA (CLASSES E VOCÁBULOS) – GRUPO ENFERMEIROS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



FONTE: A autora (2021).



### 6.1.2 Classe 1: diagnóstico de morte encefálica – a morte do cérebro

Na classe 1, as falas dos participantes foram ordenadas a partir dos vocábulos: paciente, cérebro, morte, cuidar, considerar, órgão, doador, sendo os mais frequentes, com intervalo de confiança  $p < 0,0001$  e Qui-quadrado de 3,4.

Os participantes relataram o significado do diagnóstico de morte encefálica. Os vocábulos relacionaram a morte encefálica, com a morte do cérebro, que exige cuidados e causa dor, principalmente à família. Além disso, muitos participantes referiram como interrupção das atividades cerebrais, considerando a possibilidade para doação de órgãos.

Observa-se que a morte encefálica para os profissionais é um evento natural, triste, justamente ao presenciar a dor da família, bem como o sofrimento que acompanha o momento. Outras palavras que sugerem a percepção geral dos enfermeiros sobre o diagnóstico da morte encefálica são: possível, significar, vida, suspeita.

Nos depoimentos abaixo, observa-se a morte encefálica como um evento natural com uma causa conhecida, em que há ausência de atividade cerebral, apesar da manutenção do funcionamento dos demais órgãos.

Morte encefálica é a ausência de atividade elétrica do cérebro, ou seja, ausência das funções do mesmo (E1).

Significa a morte do indivíduo, por ser parada completa permanente e irreversível das funções do cérebro. Significa o fim da vida e não é só porque a gente encontra essa definição na literatura, mas é por ser a minha vivência e realmente que eu acredito. Morte encefálica é a morte (E2).

Eu acredito que morte encefálica seja a morte normal, mas ao invés do coração parar primeiro, é o cérebro que para. Fisiologicamente eu entendo que é uma questão de tempo para o corpo todo e suas funções sessarem (E3).

Morte encefálica é quando o cérebro já não funciona, ele morreu. Então a partir daí não tem como ter vida, sem isso. Sem esse funcionamento do cérebro é questão de pouco tempo todos os outros órgãos também entram em falência. Então, a gente entende, assim, o cérebro no comando, não estando mais no comando, ele entrando em falência já é morte encefálica (E4).

Morte encefálica significa que o paciente não apresenta mais nenhuma atividade cerebral, não apresenta um fluxo, nada que justifique vida (E8).

A morte encefálica para mim é a ausência da função cerebral, quando não existe mais nenhuma atividade cerebral presente (E9).

Os participantes relataram diversas percepções sobre o diagnóstico de morte encefálica no ambiente hospitalar, definidas como manutenção dos sinais vitais, com batimentos cardíacos, mas ausência de atividade cerebral, sendo irreversível. Notando-se uma aceitação discreta de participantes que presenciaram o diagnóstico de morte encefálica, referindo que não há nada que se possa fazer para evitá-la. Um participante relatou ser algo definitivo, que impossibilita ao paciente se manter vivo por muito tempo, e não há nada que se possa fazer, como profissional ou com tecnologias possíveis para revertê-la. Além disso alguns participantes relataram a seriedade e obrigatoriedade da confirmação, por meio de exames para constatar que o cérebro está morto.

Morte encefálica para mim significa a impossibilidade do paciente voltar à ter sinais de vida. O cérebro acaba não tendo atividade, isso impossibilita que ele venha a se manter vivo por mais tempo, a não ser com a ajuda de um suporte avançado, de aparelhos. Isso é definitivo. Não há nada que você possa fazer ou a tecnologia para que esse paciente volte de alguma forma de estar vivo (E13).

A morte encefálica é uma lesão neurológica irreversível, diagnosticada após uma série de exames, entre eles dois clínicos, um teste de apneia e um exame complementar, que pode ser arteriografia, um Doppler transcraniano ou até mesmo eletroencefalograma. Conforme o protocolo e sua legislação, ao concluir todo esse processo é determinado o falecimento do indivíduo (E18).

Um participante referiu o significado como uma orquestra sem o maestro. O corpo funcionando sem o cérebro.

A morte encefálica é como uma orquestra sem o maestro, a orquestra consegue tocar um tempo sem o maestro, mas chega uma hora que todos saem do ritmo e a orquestra para. É o corpo funcionando sem o cérebro (E31).

Alguns participantes relataram não compreender bem o significado do diagnóstico de morte encefálica, considerando algo confuso, difícil de entender, em que há perda das funções do cérebro, observadas nas falas a seguir:

A morte encefálica ainda é meio confusa, mas segundo a literatura, é a morte e a perda das funções do cérebro (E27).

A morte encefálica ainda é bem difícil de compreender, mas é a perda das funções e do funcionamento adequado do cérebro (E26).

### 6.1.3 Classes 2 e 3: protocolo de morte encefálica – direcionando o cuidado.

Nas classes 2 e 3, em relação ao protocolo adotado pelos profissionais de enfermagem, direcionando o cuidado, foram evidenciados os seguintes vocábulos: protocolo, seguro, dúvida, médico, enfermeiro, participação, equipe, certeza. As palavras mais frequentes presentes nas falas dos participantes tiveram valores de frequência e grau de confiança expressivos, Qui-quadrado de 3, 4 e  $p < 0,0001$ .

Os participantes retratam em suas falas que consideram o protocolo de morte encefálica e o direcionamento do cuidado seguro válido. O atendimento especializado após a suspeita da morte encefálica acontece com rapidez, e conta com toda a equipe multidisciplinar.

Alguns participantes relatam que o protocolo fornece um diagnóstico preciso, no entanto, por ser complexo, são necessárias atualizações periódicas para capacitar a equipe quanto a execução correta do protocolo, observados nas falas a seguir:

Acho seguro, mas por não ser um protocolo realizado/utilizado diariamente na unidade e de grande importância, eu acho que deveria ter mais capacitações para equipe, para capacitar a equipe em relação a execução do protocolo (E1).

Eu acho um protocolo completo, válido e seguro. Acredito que o protocolo dá um diagnóstico conciso e preciso, realizando todas as etapas do protocolo de forma correta. Não tem margem para dúvida e ele confirma com segurança a morte do paciente. E minha opinião também em relação ao protocolo, é que ele com a nova mudança, consegue ser realizado em menos tempo, então isso conta muito a favor, no caso de um potencial doador. Então acho que é realizado em um tempo adequado (E2).

Eu vejo como um processo seguro, um processo necessário, que geralmente inicia imediatamente na suspeita da morte encefálica para que algumas tomadas de decisões sejam assertivas, em relação ao quadro clínico do paciente. Logicamente que se faz obrigatório que os envolvidos sigam rigorosamente o protocolo, respeitando a legislação, com médicos capacitados e credenciados pelo serviço, assim como uma equipe de apoio multidisciplinar que também tenha treinamento, conhecimento (E3).

De modo geral, os participantes relataram o direcionamento do cuidado e execução do protocolo de morte encefálica como seguro, completo e rigoroso.

É um protocolo bem rigoroso, seguro, nunca me senti em dúvida em nada, de todos os passos, muito rigorosos. Algo que dê para se confiar bem, assim, sem sombra de dúvidas. Nunca me senti com dúvida de nada, na aplicação ou na execução dele. Eu acredito que ele é algo bem completo (E8).

Por se tratar da morte de um ser humano, deve ser um protocolo bem rigoroso e tem que haver muita responsabilidade por parte do enfermeiro, de planejar, executar, coordenar e supervisionar tudo aquilo que está acontecendo com o paciente, ainda mais se for um potencial doador, que vai salvar vidas, vai doar todos os órgãos e tecidos. Então tem que ter muito cuidado no planejamento, no cuidar com o paciente em todos os minutos. É um cuidado muito detalhado (E10).

É um protocolo sério, que deve ser cumprido, lógico! Todas as etapas, com todo o cuidado e respeito que o paciente e seus familiares merecem, sem pressa, sem atropelo. Eu diria que é um protocolo seguro e confiável (E16).

Um participante destacou que o protocolo é fundamentado na legislação e na ciência.

O protocolo é baseado na legislação, é fundamentado na ciência, portanto é algo que nós devemos seguir, como profissionais de saúde, como enfermeiro. Como ciência, ele é dinâmico, novos entendimentos esporadicamente surgem e se vai adaptando a eles e implementando, conforme a legislação, conforme a ciência, mas ele é a prática baseada em evidência, então nós precisamos seguir e é o que temos de melhor nesse contexto, atualmente. Então, precisamos seguir, é imprescindível no caso de morte encefálica, seguir o protocolo (E5).

Houve também relatos acerca da dificuldade de execução do protocolo de morte encefálica e direcionamento ao cuidado. Apesar de ser abordado durante a formação na faculdade, existe dificuldade na prática, pelo fato do protocolo ser muito específico e o primeiro contato com a aprendizagem ser superficial e teórico, evidenciando a necessidade de treinamentos frequentes na capacitação do direcionando ao cuidado da pessoa com morte encefálica.

Eu ouvia falar, aprendi na faculdade, mas às vezes na faculdade a gente aprende muito vagamente sobre o protocolo de morte encefálica e não tão específico e por não ter experiência, não ter o contato, às vezes fica só na parte teórica também. Eu confesso, que foi bem difícil. No começo, algumas coisas eu não entendia e principalmente agora essas mudanças que teve dos exames e do tempo. Então, eu tenho noção, tenho mais conhecimento, mas ainda me perco em algumas coisas. Então, eu precisaria, de mais treinamento, não que isso falte por parte do hospital, mas eu precisaria de mais treinamento, que cada vez que chegasse um protocolo na UTI (E7).

A partir das falas, observa-se que para a maioria dos participantes, o protocolo é bem estruturado, auxilia na liberação de leitos de UTI e propicia um diagnóstico seguro e a possível doação de órgãos:

Minha opinião sobre o protocolo é como eu disse, muito triste, porém necessário por lei visando o diagnóstico e também a liberação de leito de UTI e claro, e pensando na doação de órgãos (E9).

O protocolo é imprescindível na morte encefálica e a garantia de um diagnóstico seguro, de um diagnóstico assertivo, devido aos inúmeros critérios que devem ser cumpridos e que não pode deixar nenhuma dúvida do diagnóstico. Então, eu acho o protocolo de morte encefálica primordial (E17).

Eu acho o protocolo bem certinho, porque, tem o exame que faz antes, a "tomo", o "eletroencefalo", o teste clínico e repete o teste clínico, faz laboratorial. No último protocolo que participei achei que tenha demorado muito. Eu fiquei muito na dúvida, será que está sendo realizada da forma que deveria ser, deu uma insegurança no meu profissional, mesmo. Mas, o outro caso que eu acompanhei e achei que foi muito bom, as etapas seguidas certinhas (E21)

O protocolo auxilia na condução e definição da morte encefálica e no processo todo. Acredito que é um protocolo importante para guiar e orientar a equipe e tem a questão legal necessária para suspensão do suporte intensivo e a possibilidade de doação de órgãos. (E34).

Alguns participantes também, destacaram a dor e angústia da família, devido ao excesso de tempo necessário para execução do protocolo. Um participante relatou que a participação no protocolo envolve muito mais atenção à família, além de empatia e solidariedade:

Acredito que o protocolo é bem estruturado, mas na minha opinião é um pouco demorado, gera muita angústia para a família toda a espera. Já vi protocolos durarem três dias (E9).

Eu acho que o protocolo, além de exames, abrange mais a atenção, solidariedade e empatia com a família. Faz você perceber como que essa família está vendo a situação e até mesmo em relação à equipe, de você estar preparando a equipe para cuidar do paciente, orientar a respeito desse cuidado ao um paciente que já está morto (E10).

Acho o protocolo muito extenso, que gera muito mais ansiedade e sofrimento a família, acho que deveria ser mais sucinto e prático (E31).

#### 6.1.4 Classes 4 e 5: vivenciando o cuidado ao paciente com morte cerebral

Nas classes 4 e 5, as falas dos participantes foram ordenadas a partir dos vocábulos: marcar, jovem, cuidado, filho, pai, história, experiência, compreensão, coração, sentir, com valores elevados de Qui-quadrado de 3,4 e  $p < 0,0001$ . Os resultados expressam que a vivência do cuidado ao paciente com morte encefálica é

uma experiência marcante, dolorida, principalmente quando envolve pacientes jovens. Os participantes relataram como foi vivenciar a ocorrência de morte durante a internação, sendo um momento difícil, complicado, ainda mais por envolver muitas histórias distintas e requisitar orientação e atenção à família. Trouxeram em suas falas sentimentos despertados pelo momento:

Um caso que me marcou foi de uma paciente jovem, que por causa de uma meningite evoluiu para morte encefálica. Os pais dela e esposo não queriam ir embora, ficavam orando e falando com ela o tempo todo dentro do box da UTI e não acreditavam na morte dela. Só acreditaram quando o médico e eu a desconectamos da ventilação mecânica e viram que não respirava só, e quando viram que não tossia, quando introduzíamos a sonda de aspiração na garganta. Nós autorizamos que a família acompanhasse todos os exames do protocolo para entenderem melhor. Ela não era potencial doadora pela meningite e logo após os testes, a equipe médica e eu desligamos tudo e a família presenciou (E1).

Nesses dez anos de UTI, são vários pacientes que me marcaram, ainda mais os jovens, e há pouco tempo tive uma experiência muito triste com um jovem, em que a avó que o criou e nas visitas durante o protocolo ficava ali chorando e pedindo para o neto voltar, cantando, contando histórias (E11).

Um caso que me marcou e me abalou muito foi de um menino de 19 anos que por tentativa de suicídio com intoxicação por veneno, evoluiu para morte encefálica após uma parada de 20 minutos. Foi um protocolo que demorou muito para finalizar, pois todos os exames de eletroencefalo, se não me engano foram cinco, davam atividade cerebral e a família ficava com mais esperança e não entendia que mesmo assim ele clinicamente já estava morto. Depois a equipe médica junto a CIHDOTT resolveu fazer uma arteriografia cerebral e que diagnosticou a morte encefálica. A mãe se ajoelhou na UTI e gritava muito, a equipe da CIHDOTT nem conseguia falar de doação, só após umas três horas que a mãe se acalmou e com o pai junto aos dois irmãos aceitaram a doação (E2).

Uma experiência, recente até, de uma jovem que teve um mal súbito na missa na igreja, teve uma parada cardíaca na igreja, acabou sendo reanimada e levaram para nossa UTI, ela fez cateterismo. Era uma jovem, se não me engano, de 22 anos e a família muito temente a Deus, muito religiosos e o tempo todo rezando e pedindo, aquela coisa de não acreditar mesmo, que ela moça tão jovem pudesse passando por aquilo e acabou evoluindo para morte encefálica. Ela tinha um filhinho e o marido, que ficaram no hospital o tempo todo, principalmente o marido, uma mãe também jovem, me marcou porque, pela situação, né? Normalmente é assim, né? Uma pessoa jovem que tem um mal súbito ou um acidente, uma coisa bem trágica e bem súbita e acaba evoluindo para morte encefálica. Tem outros casos também, acho que essas coisas marcam a gente, justamente por essa questão trágica, que é muito súbito, é bem difícil. Então, teve essa jovem e aí ela acabou evoluindo e a família optou por não autorizar a doação de órgãos, infelizmente. Me marcou, por causa da criança, do filho dela, essas coisas, a gente autorizou a entrada do garotinho para ver a mãe, para ver o corpo ali da mãe e tudo, na ocasião até teve uma coisa meio sobrenatural, a porta de vidro da UTI explodiu, enquanto a família orava do lado de fora da UTI, então, uma história coisa que marcou bastante, assim, no sentido espiritual. Eu imaginava que a família fosse realmente optar pela doação, mas eles muito abalados mesmo, eu acho, e isso é uma coisa que pesa bastante na hora da escolha da família. Nós cuidamos dela já em morte encefálica, por pouco tempo, porque, na verdade como ela teve uma parada cardíaca, o coração dela não ficou saudável, ele recuperou, ele voltou, mas não tinha estabilidade hemodinâmica suficiente, então, ela ficou por pouco tempo em cuidados, pós morte encefálica e aí acabou, se não me engano, a família optou por não fazer a doação e aí os aparelhos foram desligado, o aparelho de ventilação mecânica e tudo mais e acabou encerrando ali e deixamos eles presenciarem a parada do coração (E23).

Observa-se que a morte é um evento triste, justamente ao presenciar a dor da família, bem como o sofrimento que por vezes vem com ela. Outras palavras que sugerem a percepção geral dos participantes sobre a vivência ao cuidado do paciente com morte cerebral são: lembrar, doer, vida, morto, uma ideia do seu testemunho como um momento desagradável. Nos depoimentos a seguir, os participantes demonstraram como a vivência no cuidado do paciente com morte encefálica pode afetar suas percepções, muitas vezes refletindo em si mesmos.

Foram alguns protocolos aqui na UTI, o mais difícil mesmo é em relação a família, e às vezes o entendimento. Teve uma situação que tinha sido dada pelos exames, a morte cerebral e teve um enterevo, com o pessoal do serviço social, em relação ao horário e motivo do óbito. Então teve uma confusão, a família não acreditava na morte, porque o corpo estava quente, a gente teve que conversar e todo mundo sentar-se para definir certinho, para família gera muita confusão e até descrença com a morte (E6).

Me sinto bem compadecida em cuidar destes pacientes, sei que na maioria das vezes, dias, horas antes, atrás estas pessoas estavam vivendo, sonhando e de repente tudo acaba. Sinto tristeza, pela pessoa e pelos familiares (E9).

Teve um paciente que ficou com a gente, era um idoso. Eu fiquei com ele na assistência só pela manhã. O protocolo já tinha sido iniciado. No final do

meu plantão a família veio e eu estava cuidando dele e de outro paciente. O outro paciente tinha muitos exames, muita coisa acontecendo, então acabei não ficando tanto tempo com ele, tantas horas do meu plantão com ele. A família chegou veio visitar e eu senti que a família estava entre aspas mais preparada do que eu, para aquilo. Eu me senti frustrada por não ter prestado tanta atenção para ele, por conta da rotina do hospital. Foi o que mais me marcou. Eu me senti triste e frustrada e ao mesmo tempo, comovida e depois quando eu saí do plantão a filha dele falou comigo, me abraçou e agradeceu, e me doeu mais, porque, eu sabia que eu poderia ter feito mais (E13).

Rapaz! São muitas experiências viu. Agora, citar uma: eu diria que é marcante, porque abordou alguns tópicos, vamos lá! É, muitos parentes estavam tristes, era uma senhora, matriarca da família, adorava futebol, líder de torcida em sua casa, foi difícil entender a morte encefálica, o choro foi grande, sabe? No momento da notícia, do fechamento do protocolo e consequentemente do diagnóstico de morte encefálica, pediram para eu orar com eles de mãos dadas na beira do leito. (E18).

É possível perceber no relato dos participantes diversos sentimentos, emoções e atitudes, despertados pela vivência ao cuidado do paciente com morte encefálica. Algumas falas demonstram angústia, empatia e o sentimento de fragilidade. No entanto alguns relatos dos participantes evidenciam um ponto positivo e um final de certa forma confortante à família, destacado pelos vocábulos, evoluir, sentir, vida, coração. Os relatos de histórias marcantes vivenciadas no cuidado ao paciente com morte encefálica, envolvendo doação de órgãos, salvando outras vidas, nas falas a seguir:

Eu lembro de uma experiência, são várias, mas vou destacar uma. O paciente era relativamente jovem, evoluiu para morte encefálica, foram realizados todos os cuidados para preservar os órgãos viáveis, manta térmica, medicações e posteriormente foi para captação e tomamos conhecimento depois que diversos órgãos foram captados. Então, o interessante é que apesar da tristeza da família, a perda, paciente jovem, por outro lado existe outras famílias que estão agora felizes, recebendo órgãos para seus entes queridos. Então, por um lado, há uma tristeza, uma perda, mas por outro lado são vários benefícios, várias alegrias, várias famílias, várias pessoas, que são beneficiadas com um órgão, então, eu acho gratificante, apesar de toda circunstância desagradável, e o interessante também é que a credibilidade da família para com a instituição, com o setor, com os profissionais, quando há uma confirmação demonstra que nós estamos no caminho certo. A família que perdeu o seu Ser querido, não está insatisfeita com a instituição, com o setor, com CIHDOTT, com os profissionais, ela demonstra sua credibilidade ao permitir que os órgãos sejam captados (E5).

A experiência que me marcou foi de uma paciente que estava na UTI que precisava de um transplante hepático e ficava me perguntando como funcionava a doação de órgãos, e após isso um paciente na UTI evoluiu para morte encefálica e acabou sendo o doador para ela, depois contamos para ela e se emocionou muito (E32).

Um caso que me marcou foi de uma gestante de sete meses, que por conta de um aneurisma acabou evoluindo para morte encefálica e conseguimos manter o corpo dela para que o bebê tivesse maturidade pulmonar para fazer a cesárea. Foi muito emocionante ver que ela já não estava mais ali, não tinha reflexo ou esboçava reação, mas o coração do bebê batia e ele se mexia muito, ainda mais quando a mãe dela e o esposo entravam na UTI e ficavam falando perto da barriga dela. Por fim, o bebê nasceu saudável e a família ainda doou os órgãos dela (E28).

## 6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES – MÉDICOS

A caracterização dos médicos quanto ao: sexo, idade, religião, formação acadêmica, tempo de formação, tempo de instituição, tempo de vínculo profissional na instituição de saúde e números de protocolos realizados. Dos 15 participantes, oito são do sexo masculino, com idades entre 30 a 40 anos, católicos, com especialização, com mais de 10 anos de formação, e de tempo de serviço na instituição, de um a 10 anos atuando em UTI; e, de 10 a 20 protocolos realizados de ME.

QUADRO 4 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES (MÉDICOS). CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

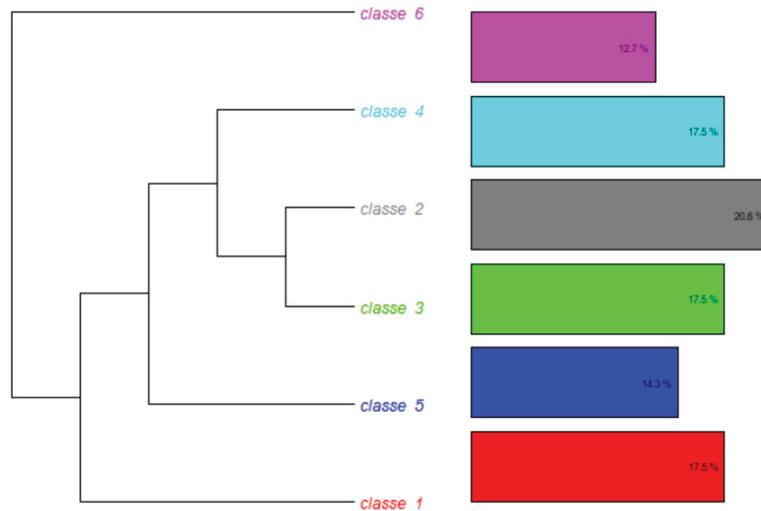
<b>VARIÁVEL</b>	<b>N = 35</b>
<b>SEXO</b>	
Feminino	7
Masculino	8
<b>IDADE</b>	
Adultos (30 a 40 anos)	11
Adultos (+ 40 anos)	9
<b>RELIGIÃO</b>	
Católica	8
Espírita	6
Umbanda	1
<b>FORMAÇÃO</b>	
Graduação	1
Especialista	12
Mestrado	2
<b>TEMPO DE FORMAÇÃO</b>	
1 a 10 anos	5
+ 10 anos	10
<b>TEMPO DE INSTITUIÇÃO</b>	
1 a 10 anos	10
+ 10 anos	5
<b>TEMPO DE UTI</b>	
1 a 5 anos	10
+ 05 anos	5
<b>Nº DE PROTOCOLOS</b>	
10 a 20	8
20	7

FONTE: A autora (2021).

#### 6.2.1 Grupo de Médicos – classes geradas pelo software IRaMuTeQ

Foram 15 textos processados pelo *software* IRaMuTeQ, referentes às 15 entrevistas realizadas, tendo como resultado 645 segmentos de texto, com aproveitamento de 72%. A partir da classificação dos segmentos de texto de acordo com o vocabulário, obtiveram-se seis classes relacionadas entre si, que, mediante análise, foram agrupadas em três categorias nominadas conforme o significado do seu conteúdo. Esses dados foram representados em dendograma, que identificou seis classes, de acordo com a FIGURA 6.

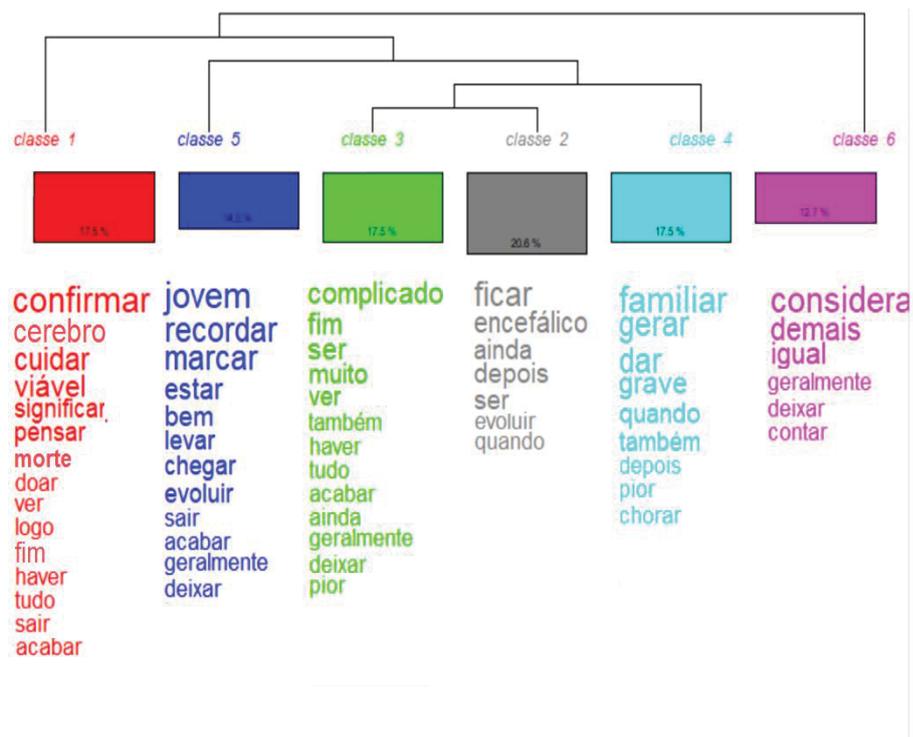
FIGURA 6 - DENDOGRAMA- GRUPO MÉDICOS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



FONTE: A autora (2020).

As classes foram definidas pelo *software* IRaMuTeQ, com os vocábulos presentes nos segmentos de texto; as palavras mais frequentes, com valor de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) maior que 3, 4 e  $p < 0,0001$ , estão destacadas no dendograma da FIGURA 7, em ordem decedente.

FIGURA 7 - DENDOGRAMA (CLASSES E VOCÁBULOS) – GRUPO MÉDICOS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



FONTE: A autora (2020).

As configurações das classes e categorias que emergiram estão apresentadas no QUADRO 5.

QUADRO 5 - CATEGORIAS RESULTANTES DAS TÉCNICAS DE ANÁLISES EMPREGADAS NO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

CATEGORIAS TEMÁTICAS	CLASSES IRaMuTeQ
Morte Encefálica	Classe 1; Classe 2
Cuidado ao paciente em morte encefálica	Classe 3
Morte encefálica em jovens	Classe 4; Classe 5
O protocolo de morte encefálica	Classe 6

FONTE: A autora (2021).

Nas classes 1 e 2 observam-se vocábulos que dizem respeito como o participante percebe a morte encefálica, assim como a classe 4 em que constam vocábulos ligados a significados e sentimentos trazidos pelos familiares, sendo a doação de órgãos citada para alguns, depois de um tempo compreensível. Alguns dos vocábulos que representam essas classes são: confirmar, cérebro, cuidar, viável, significar, pensar, morte, ficar, encefálico, familiar, gerar e grave.

Na classe 5 alguns participantes enfatizaram a morte encefálica em jovens. Os vocábulos que inferem isso são: jovem, recordar, marcar, estar, bem.

Nas classes 3 e 6 traz vocábulos que representa a utilização do protocolo de ME. Os vocábulos que inferem isso são: complicado, fim, ser, muito, considera, demais, igual e geralmente.

FIGURA 8 - NUVEM DE PALAVRAS - GRUPO MÉDICOS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



FONTE: A autora (2020).

Por meio da nuvem de palavras (FIGURA 8), é possível observar os vocábulos mais utilizados na fala dos participantes, tais como: morte, paciente, encefálico, família, protocolo, órgão e cuidar.

### 6.2.2 Classes 1 e 2: morte encefálica

Nas classes 1 e 2, as falas dos participantes foram ordenadas a partir dos vocábulos: confirmar, cérebro, cuidar, viável, morte, doar encefálico, ainda e depois sendo os mais frequentes, com valores elevados de Qui-quadrado de 3, 4 e  $p < 0,0001$ .

Os resultados expressam o significado da morte encefálica, que foi descrito de diversas formas: a morte encefálica é incompatível com a vida, é a morte clínica e social do paciente, é morte, o cérebro morre, e depois o corpo aos poucos perde suas funções até pararem também. A morte encefálica é a morte das funções e atividades cerebrais, morte clínica e legal de um indivíduo.

Os participantes relataram como morte clínica do paciente, uma vez que sem função cerebral, não há vida. Para alguns, um paciente com morte encefálica já confirmada na maioria das vezes é visado a doação de órgãos, e se é viável para a doação, todo o suporte é designado para manter os órgãos, do contrário, tem-se o aval legal para suspender toda a terapêutica.

Como os vocábulos foram relacionados a morte encefálica, observa-se que os participantes relataram que perante a morte encefálica, significa que não há nada mais que se possa fazer, que nenhum tratamento vai trazer a vida do paciente de volta.

Nos depoimentos a seguir, os participantes expressam como significam a ME.

Morte encefálica é muito discutida ainda hoje, há colegas que até questionam esse diagnóstico, mas pensando em perda das funções básicas do cérebro e incompatível com a vida, é entendida como morte. A morte confirmada é um misto de alívio e fim da angústia e sofrimento da família, e também um alívio para nós da equipe, que já temos o diagnóstico do paciente e uma resposta para a família, e quando é doador, temos a esperança de ajudar algum paciente tão grave quanto, a sair da lista de espera pelo transplante (M10).

Morte encefálica é morte e desde a antiguidade já existia. Na verdade, esse termo surgiu para limitar e suspender o suporte intensivo de pacientes sem prognóstico a fim de liberar leitos de UTI e, para legalizar e favorecer a doação de órgãos. Sendo bem sincero, paciente com morte encefálica confirmada, nós médicos visamos manter os órgãos viáveis para doação, ou o respaldo ético e legal para suspensão dos suportes. Não me sinto diferente cuidando desses casos (M8).

Um paciente com morte encefálica confirmada, significa que logo sairá da UTI, ou para doar os órgãos no centro cirúrgico, ou após desligarmos os aparelhos e drogas porque o paciente não era doador ou a família não autorizou a doação. Um paciente ainda em suspeita de morte encefálica, eu particularmente sempre piso em ovos. Tento ir preparando a família, avisando sobre a ausência dos reflexos (M9).

Morte encefálica é a morte do cérebro. O cérebro por alguma razão, perde suas funções, não passa mais os comandos ao restante do corpo, e logo o corpo todo acaba morrendo (M7).

A morte encefálica é morte, o cérebro morre, e depois o corpo aos poucos perde suas funções até pararem também. Um paciente em morte encefálica confirmada, basicamente pensamos em manter os órgãos viáveis para doação, investimos para a doação dos órgãos (M6).

Quando se trata de morte, por tantos mitos e lendas que existem, fica mais difícil refletir o que significa, mas acredito que morte encefálica é o fim, a morte do cérebro que ocorre primeiro e que logo vai resultar em morte de todo o corpo (M5).

A morte encefálica para mim, hoje após muitos estudos e questionamentos ficou entendida como a morte clínica e social do paciente (M4).

Percebe-se que ao significar a ME, a maioria dos participantes referem com palavras diferentes, o mesmo contexto. A partir disso, começam a relatar sobre o sofrimento da família ao perder um ente querido, “ainda fazemos a terapêutica mas sem as chances de recuperação”, isso gera desgaste e sofrimento (M11).

Os participantes também expuseram seus sentimentos e as emoções perante a ME, que muitas vezes sentem por ver o sofrimento e a ansiedade da família, acabam se sentindo impotentes, pois não irão salvá-los, somente tratar o paciente de maneira digna no final de vida, como também sentem tristeza pela perda da família, mas em contrapartida sabem que, por aquele paciente não há mais tratamentos efetivos para reverter o quadro.

Nos depoimentos a seguir, os participantes expuseram seus sentimentos e as emoções perante a ME:

[...] eu diria a você que me sinto muitas vezes entristecido, vejo o sofrimento da família, é mais difícil cuidar de um paciente com morte encefálica (M1).

Faço o possível para trata-lo de maneira digna, sinto empatia pela perda da família, mas tenho em mente que não há nada mais a se fazer (M3).

Na minha opinião a pior parte é a ansiedade e dar a notícia da morte aos familiares, a despedida no leito de uti, o sofrimento (M9).

Gera uma certa frustração e sofrimento em toda a equipe, temos o diagnóstico da morte do paciente e precisamos dar uma resposta para a família. Fizemos o que era possível (M10).

### 6.2.3 Classe 3: cuidado ao paciente em morte encefálica

Na classe 3, as falas dos participantes foram ordenadas a partir dos vocábulos: complicado, fim, ser, muito, ver, também, haver, tudo e acabar com valores elevados de Qui-quadrado 3, 4 e  $p < 0,0001$ . Os resultados expressam que o cuidado com o paciente diante a ME já confirmada na maioria das vezes é visando a doação de órgãos, se é viável para doação, todo o nosso suporte é visando manter os órgãos bons, do contrário, temos o aval legal para suspender todo o suporte terapêutico. Desta forma cuidam, igual a qualquer outro paciente, com outra patologia também sem prognóstico favorável. Para alguns participantes não existe diferença em cuidar de um paciente com morte encefálica ou de um paciente com pneumonia, por exemplo.

Em outros depoimentos, é observado que cuidar de um paciente em morte encefálica significa que não há mais nada a ser feito, que nenhum tratamento vai trazer a vida daquele paciente de volta.

Meu cuidado enquanto médico é exatamente igual, não vejo diferença. Me sinto da mesma maneira como cuidando de outro paciente com pneumonia por exemplo, mas tenho em mente que não há nada mais a se fazer (M8).

Cuidar de um paciente em morte encefálica, significa que já fizemos os testes e exames obrigatórios e então ou estamos prestes a comunicar a família sobre o diagnóstico. E, se houver a possibilidade de doação e a família aceitar, manter os órgãos viáveis, ou se não doarem, desligarmos os aparelhos e drogas. De forma alguma o cuidado é igual ao de outro paciente da UTI. É muito, mais complexo em todos os sentidos, nos aspectos terapêuticos e emocionais da equipe (M12).

Cuidar de um paciente com morte encefálica é cuidar de um corpo e não mais de um Ser. Esse corpo precisa ser tratado com dignidade até seu último momento, e se for doador de órgãos, ser cuidado de maneira eficaz pensando na qualidade dos órgãos para o transplante. Não considero igual por ter toda a obrigatoriedade de fazer os exames para comprovar a morte, não pode ter dúvida, falha, e pela família (M10).

Às vezes me sinto impotente, não acredito que o cuidado seja igual a de outro da UTI, pelo desgaste da equipe, sofrimento da equipe e da família (M15).

Cuidar de um paciente em morte encefálica confirmada tem o lado bom, porque sabemos que o processo do diagnóstico terminou, e logo tudo vai acabar, a angústia da família pela espera do diagnóstico vai terminar vão receber a notícia de morte e nosso papel termina ali. Depois disso já podemos pensar na doação, se for o caso de ser viável. De forma alguma o cuidado é o mesmo. Por vários motivos. É um paciente gravíssimo, instável, cheio de drogas. A equipe muitas vezes não compreende o processo, gera um desgaste, inclusive pela família (M7).

Sinto diferença cuidando desses casos. A morte encefálica gera mais estresse, por conta dos exames necessários e pela dificuldade de entendimento da equipe multi e os familiares. Exige mais atenção no manejo. O cuidado intensivo é o mesmo, o que diferencia é o manejo clínico específico voltado ao paciente potencial doador, e também a lidar com a família e com nosso emocional né (M9).

Não considero um cuidado igual justamente por ser uma situação tão crítica e delicada, o emocional da gente pega muito (M5).

Não vejo como outro paciente. É muito mais grave, e pior de tudo, cuidamos, para não vermos resultados concretos, não mais nada a ser feito, aquele paciente já está morto, estamos tratando, hidratando, medicando, desculpe o termo, um cadáver (M10).

Percebe-se que o cuidado com o paciente em ME pode gerar alguns pensamentos discordantes de alguns participantes, uns relatam que é preciso manter os órgãos viáveis, ou se não doarem, desligam os aparelhos e drogas, outros referem, que já visam a doação de órgãos e outros ainda dizem que acreditam que já não há mais nada a ser feito perante a ME.

Portanto, fica evidente nas falas dos participantes, que cuidar de um paciente em morte encefálica, significa além da realização dos testes e exames obrigatórios, o apoio, acompanhamento e comunicação a família sobre o diagnóstico, e havendo a possibilidade de doação, se a família aceitar, os cuidados intensivos permanecem até o momento da captação dos órgãos, e se caso não doarem, ocorre a suspensão de todo o arsenal intensivo, e desligamento dos aparelhos.

Ao contrário de M8, M15 relatou que cuidar do paciente com ME muitas vezes o faz se sentir impotente, “não depende mais de mim salvá-lo, somente posso tratá-lo de maneira digna no final de vida, porém não considero um cuidado normal, justamente pela tristeza e comoção que geralmente causa esse tipo de morte”.

#### 6.2.4 Classes 4 e 5 – a morte encefálica em jovens

Nas classes 4 e 5 as falas dos participantes destacaram-se os vocábulos, família, gerar, dar, grave, quando, jovem, recordar, marcar, estar, bem, chegar e evoluir, foram as mais frequentes, com Qui-quadrado de 3, 4 e  $p < 0,0001$ . Os participantes retratam que geralmente o atendimento com jovens em morte encefálica gera sentimentos como tristeza, choro, o que foi referido como “cenas mais fortes e tristes que eu já presenciei”.

De modo geral, os participantes relataram o sofrimento deles, como também o sofrimento pelos familiares.

São várias histórias que me recordo, mas a mais recente foi de um paciente jovem que estava na fila de transplante de fígado, teve um AVC hemorrágico e evoluiu para morte encefálica. Foram doados os rins, pâncreas, pele e ossos (M10).

Nossa, são vários, mas sem dúvida, um me marcou muito foi de uma jovem puérpera que por conta de um trombo fez um VC, e evoluiu para morte encefálica. O esposo chorava muito e se culpava por querer o bebê e deixamos levá-lo o bebê para conhecer a mãe antes de desligarmos os aparelhos (M11).

Me recordo de um caso nos meus primeiros anos de intensivista. Paciente adolescente que saiu para andar de bicicleta escondido da mãe e um caminhão o atropelou. Ele chegou muito grave, ficou dias na UTI. A mãe o visitava todos os dias e relatava que tinha fé que ele iria sobreviver. Foi um protocolo difícil e quando concluiu, foi no meu plantão que chamamos a família para dar a notícia do óbito. Foi algo muito triste, chorei muito com mãe, pai e familiares. Depois de uma tarde toda de muita conversa, a família optou por doar os órgãos dele, o que me deixou mais conformada em saber da continuidade da vida de alguém (M12).

O que me marcou foi um paciente jovem com síndrome de *Down*, muito bem cuidado pela família, que após um engasgo teve uma parada cardiorrespiratória e hipóxia cerebral, o levando a morte encefálica. Ele não era viável para doar os órgãos e quando comuniquei o óbito, a mãe pediu para acompanhar quando fossemos desligar os aparelhos, e pediu para o deixarmos no colo dela. Foi autorizado e foi uma das cenas mais fortes e tristes que eu já presenciei (M13).

Não me recordo de um que marcou mais, na verdade os pacientes mais jovens geralmente me deixam mais abalado (M14).

Meu primeiro protocolo sem dúvida eu não vou me esquecer nunca. Eu era recém-formada, cheguei no plantão e estava chegando dois pacientes vítimas de acidente de carro na rodovia. Um casal bem jovem. A moça bem grave chegou praticamente morta e o rapaz estava estável. Resumindo, a levamos para UTI, já sem reflexo e no outro dia abrimos o protocolo. O rapaz, bem melhor, foi visitá-la e era de cortar o coração, ver o desespero dele, chorava muito e pedia perdão. O protocolo se estendeu por mais um dia e foi muito marcante e triste quando demos a notícia da morte encefálica, e depois de muito choro e sofrimento, os familiares aceitaram doar os órgãos deles (M15).

Paciente bem jovem, pós-bariátrica, era o sonho era ficar magra. E por conta de uma complicação no pós-operatório, teve uma parada e depois evoluiu para a morte encefálica. Foi um protocolo muito tumultuado, ela era técnica de enfermagem no hospital e causou muita comoção na UTI, com a equipe e familiares (M9).

A partir dessas falas, observa-se que, para alguns participantes, é mais difícil lidar com a ME em jovens. Além disso, nota-se que alguns participantes tentaram focar e priorizar a continuação de vidas salvas com a possibilidade da doação de órgãos.

#### 6.2.5 Classe 6 – o protocolo de morte encefálica

Na classe 6, as falas dos participantes foram ordenadas a partir dos vocábulos: considera, demais, igual, geralmente e deixar e contar, foram os mais frequentes, com valores elevados de Qui-quadrado 3, 4 e  $p < 0,0001$ .

Nos depoimentos, se observa que o protocolo deveria ser mais sucinto, porém afirmam que no Brasil é seguro.

O protocolo de morte encefálica no Brasil é muito seguro, e precisa ser complexo porque se trata de morte. Minha participação é realizar os exames necessários, e manter a família sempre informada sobre a situação (M1).

Minha opinião sobre o protocolo é que deveria ser mais sucinto, ele é muito extenso e burocrático. Muitos médicos não gostam de abrir protocolo devido a demora. Realizo os exames obrigatórios para o diagnóstico, faço reunião com as famílias e comunico o óbito (M2).

O protocolo é um tanto quanto complicado e com muitos detalhes, mas é a lei, temos que seguir à risca. Minha função enquanto médico é fazer todos os exames para dar a família a resposta correta do diagnóstico (M3).

Considero um protocolo seguro, e que não deixa margem para dúvidas. Participo na terapia do paciente desde quando ele chega na UTI, nas etapas do protocolo, e até a finalização que o corpo vai para o centro cirúrgico para captar os órgãos ou desligamos o suporte e encaminhamos ao necrotério (M5).

Os participantes relataram diversas percepções sobre as etapas do protocolo de ME, que o protocolo não é fácil de ser executado, mas como é obrigatório, “é necessário seguir corretamente todas as etapas”. Os participantes que fazem plantões na UTI, muitas vezes atuam no protocolo todo, outras vezes fazem somente um exame e relataram que ficam com a pior função que “é falar com a família”.

Alguns participantes também declararam que o protocolo é literalmente etapas a serem seguidas, e alguns enfatizaram que o intuito do protocolo é assegurar a segurança e proteção do profissional. Observando-se, uma possível contradição no que se diz respeito a importância do protocolo visando a segurança do paciente e um desfecho de diagnóstico seguro para a família.

Acho o protocolo literalmente um protocolo, com etapas, detalhes. Poderia ser mais sucinto. Trabalho com todas as fases, depende em qual momento estou de plantão (M8).

Acho o protocolo adequado, porém um pouco complicado, ainda mais para médicos com pouca experiência. Participo ativamente em todas as etapas. No diagnóstico, exames, prescrição das drogas, acompanhando os exames laboratoriais e as vezes fico com a pior parte que é falar com a família (M4).

O protocolo foi criado para dar segurança e proteger o médico no diagnóstico de morte, para que não gere dúvidas. Atuo em todas as etapas, início o protocolo com os exames, oriento os residentes, acompanho o manejo ou a suspensão do suporte (M10).

Acho o protocolo muitas vezes demorado demais, mas é seguro. Como intensivista, participo em todas as etapas, e o momento mais difícil sem dúvidas é a notícia e o entendimento da família (M11).

Foi o Conselho Federal de Medicina que formulou o protocolo, e é complexo porque precisa ser seguro. Atuo em UTI, não sou simpatizante com o protocolo e infelizmente em todas as etapas (M12).

A partir dessas falas, é também observado que, para alguns participantes o mais difícil são os detalhes existentes, bem como a participação de alguns em todas as etapas do protocolo de ME.

Além disso, é frequente relatarmos que o protocolo muitas vezes é mais complexo e demorado na fase de suspeita de ME, e fazem considerações como:

Paciente ainda com suspeita de morte encefálica é mais cruel, porque ele começa a dar indícios e sinais de que o cérebro já está pouco a pouco perdendo suas funções vitais [...] obrigatoriedade de fazer os exames para comprovar a morte, não pode ter dúvida, falha, e pela família (M10).

A suspeita da morte encefálica é mais complicada, por mais que tenhamos indícios fortes que o cérebro não está reagindo, ainda fazemos a terapêutica em cima das chances de recuperação, isso gera desgaste e sofrimento para a família e até expectativa (M11).

Ah, um paciente ainda em suspeita de morte encefálica, eu particularmente sempre piso em ovos. Tento ir preparando a família, avisando sobre a ausência dos reflexos, vou em doses homeopáticas, isso é muitas vezes angustiante e mais que tudo frustrante. Acho o protocolo muitas vezes demorado demais (M14).

Acho mais difícil ainda a situação da suspeita. Geralmente é de forma repentina, a família está confusa e ansiosa, e até com muita esperança de cura, enquanto nós, já sabemos o desfecho, só precisamos mesmo comprovar (M15).

## 7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo acerca dos significados da morte encefálica corroboram com a concepção definida cientificamente como a perda completa e irreversível das funções encefálicas, clinicamente reconhecida como a ausência de reflexos do tronco cerebral, estado de apneia verificada, perda de tônus vascular, frequência cardíaca invariante e, eventualmente, paralisação cardíaca. Condição essa, referida como irreversível, nem mesmo parcialmente por intervenção médica ou cirúrgica, portanto, sendo definitiva (WIJDICKS, 2013).

A morte encefálica, foi descrita pelos participantes enfermeiros de diversas formas: a morte encefálica é incompatível com a vida, a morte encefálica é a morte clínica e social do paciente, a morte encefálica é morte, o cérebro morre, e depois o corpo aos poucos perde suas funções também, a morte encefálica é a morte das funções e atividades cerebrais, morte clínica e legal de um indivíduo. No estudo realizado por Souza, Bento e Milagres (2019), a morte encefálica representa a ausência de funcionamento cerebral, no qual há inexistência de atividade elétrica na região do encéfalo e o paciente somente consegue permanecer com o coração batendo, devido a meios artificiais, permanecendo com a função cardiorrespiratória intacta temporariamente.

Alguns participantes médicos relataram como morte clínica do paciente, uma vez que sem função cerebral, não há vida, como a morte como outra qualquer. Os autores Chehuen et al. (2019) corroboram com a descrição dos participantes médicos, que a morte pode ser definida como a cessação irreversível das atividades corticais e do tronco encefálico bem como a incapacidade de permanência das funções vitais, sem suporte artificial.

Alguns participantes referiram se sentir impotentes perante o diagnóstico de ME. Outros referiram, que para estes pacientes não há mais nada a ser feito.

Os participantes relataram também, como é vivenciar o processo do diagnóstico de morte encefálica, sendo algumas vezes de difícil entendimento dos reais significados e os sentimentos que o permeiam até sua confirmação. Citada muitas vezes também, como um momento mais difícil de lidar, principalmente quando acontece com um paciente jovem. Observou-se que a morte encefálica, apesar de muitas vezes rotineira para os profissionais, ainda sim é um evento triste, justamente por eles presenciarem a dor e a angústia da família, bem como o

sofrimento que os acompanha desde a ocorrência de um agravo de maneira abrupta, a suspeita das lesões cerebrais, realização de todos os exames investigativos, até o momento da conclusão diagnóstica, e perda de um ente.

Por outro lado, houve relatos de profissionais que consideram o cuidado a estes pacientes, como o de outro paciente grave da UTI, e profissionais que preferem não cuidar de pacientes em morte encefálica, preferindo até mesmo a mudança de leito. Evidencia-se que mesmo a morte encefálica, sendo um evento natural, ainda sim, para alguns profissionais, é de difícil compreensão. Os resultados obtidos por Souza, Bento e Milagres (2019), mostram que o enfermeiro lida com a situação de morte encefálica como um acontecimento triste e difícil, no entanto, inevitável.

Apesar dos pacientes em ME não apresentarem possibilidades terapêuticas de cura, é necessário que a assistência seja prestada com qualidade, segurança e respeito. Esses procedimentos visam não somente possibilitar a doação de órgãos e tecidos e efetivar o tratamento de múltiplos receptores, mas principalmente porque o corpo pode representar uma série de significados para os familiares, profissionais e também aos receptores dos órgãos e tecidos doados (CAVALCANTI et al., 2014).

A equipe de saúde na vivência ao cuidado do paciente com ME trabalha não somente com o corpo físico, mas com os demais aspectos biopsicossociais de cada indivíduo e da família. Portanto é imprescindível que os enfermeiros e médicos e demais profissionais de saúde valorizem a assistência integral nesse ambiente de cuidado, reconhecendo cada indivíduo, como parte do processo de humanização da assistência em UTI e na ME.

A atuação do enfermeiro é destacada nas falas dos participantes, ficando explícito maior envolvimento com os pacientes e empatia com os familiares, talvez, devido aos conhecimentos e olhares amplos que possuem diante das demandas de saúde da população, e pela participação efetiva nos diagnósticos de ME, contribuindo para os avanços no cuidado holístico e humanizado (ALVES et al., 2018).

O enfermeiro esclarece aos familiares sobre o quadro atual do paciente, definindo a morte encefálica e a irreversibilidade do quadro de forma humanizada e empática, pois a família, na maioria das vezes, apresenta dificuldade em aceitar este diagnóstico, mostrando-se fragilizada com a situação (GOMES et al., 2018).

Os pesquisadores Cavalcante et al. (2014), mencionam que o cuidado a pacientes em morte encefálica caracteriza-se como uma atividade complexa,

implementada pela equipe multiprofissional principalmente por médicos e enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva, mas ressalta o profissional enfermeiro, pois tem um papel de destaque nessa atuação, já que presta o cuidado direto ao paciente e seus familiares.

Grande parte dos participantes, relataram que o cuidado prestado a um paciente com morte encefálica é na maioria das vezes voltado a doação de órgãos, existindo assim, um paradoxo entre os profissionais, pois mesmo com a morte encefálica de um paciente, conseguem sentir felicidade por estarem contribuindo para salvar vidas mediante a doação de órgãos. O sentimento de tristeza se configura por deixar partir um indivíduo cujo coração ainda bate e recebe cuidados, com outro indivíduo que necessita de cuidados pois ainda está vivo (JUNQUEIRA et al., 2016).

Fica evidente, que para os participantes, cuidar de um paciente em morte encefálica, significa mais que a realização dos testes e exames obrigatórios, mas também a comunicação efetiva, acompanhamento da família no entendimento do diagnóstico, e nos casos de pacientes potencial doadores, toda a realização do processo de doação.

No estudo de Lomero et al. (2017), os enfermeiros relataram também, que estes pacientes requerem cuidados de profissionais altamente qualificados para assegurar o diagnóstico seguro e a manutenção intensiva e rigorosa visando a preservação dos órgãos e tecidos para transplantes, além de preparo emocional, já que lidam diretamente com as dores das famílias.

A doação de órgãos e tecidos é citada pelos participantes como algo que gera um impacto positivo e representa uma possibilidade para a continuidade de muitas vidas, no entanto para que esse processo ocorra de modo adequado é essencial equipe multiprofissional qualificada para o reconhecimento da morte encefálica e recursos físicos e tecnológicos para atender aos exames comprobatórios da ME (SOUZA; LIRA; MOLA, 2015; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2017). O paciente em diagnóstico de ME exige cuidados complexos, que demandam extrema atenção, ainda mais quando o paciente é um potencial doador (PESSOA; SCHIRMER; ROZA, 2013).

A partir dos relatos obtidos no estudo, os profissionais que atuam no cuidado ao paciente com ME, além da atenção e cuidados dignos e específicos para o diagnóstico seguro, e a preservação dos órgãos, também demandavam empatia

com o momento e atenção à família do paciente. Os enfermeiros e médicos desempenham papel imprescindível na execução do protocolo de ME. Desta forma, é necessário que os profissionais, principalmente os intensivistas, estejam capacitados para identificar as alterações fisiopatológicas e ajudar no cuidado destes pacientes junto à equipe multiprofissional (DORIA et al., 2015).

O relato de um profissional médico, chama a atenção, uma vez que caracteriza o protocolo como seguro e que visa trazer segurança ao profissional, porém para Araújo et al. (2017), o diagnóstico de morte encefálica torna clara a real situação em que o paciente se encontra, se há presença de vida ou morte, permitindo o fornecimento de informações fidedignas aos familiares.

A maioria dos enfermeiros e médicos considerou-se qualificada para o tratamento e manejo necessário na ME e para prestar os cuidados necessários ao paciente. Vale mencionar que na entrevista nenhum dos participantes mencionou total despreparo teórico-prático acerca do protocolo de ME, somente dois participantes médicos relataram que o protocolo é muito burocrático, e um que não é simpaticamente do mesmo. Ressaltaram também que são importantes o conhecimento e domínio do protocolo, pois isso demonstra competências inerentes a um profissional atuante em uma UTI (SOUZA; BENTO; MILAGRES, 2019).

Um fator relevante citado, foi a respeito da necessidade de capacitações constantes, e alguns profissionais que relataram a falta de compreensão adequada de todo o processo de ME, que pode conduzir a um atendimento inadequado, podendo acarretar em prejuízos nos diagnósticos, perdas e limitações na doação de órgãos. Estudos relatam que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, têm conhecimento sobre a ME, entretanto há uma desconfiança em relação à exatidão diagnóstica e efetividade dos protocolos executados (CASSETTARI; MELLO, 2017).

Nos estudos realizados por Fonseca et al. (2016), o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do diagnóstico de ME e demais cuidados que envolvam esse processo ainda é insuficiente, necessitando de capacitação contínua, para ampliar a qualidade do cuidado prestado. Ainda que haja significativos avanços tecnológicos na ciência e de profissionais qualificados para o manejo de situações como a ME, ainda é muito comum que os profissionais de saúde não compreendam esse processo (MASOUMIAN; MANZARI; KHALEGHI, 2015).

Os estudantes da área da saúde durante a graduação, geralmente não recebem treinamentos e um preparo suficiente para o manejo de questões que tangem a morte. O preparo para o enfrentamento da morte, que envolve sentimentos de dor, sofrimento e angústia é pouco abordado nas formações acadêmicas dos profissionais médicos e enfermeiros, pois é dado maior enfoque nas questões biomédicas, técnicas e científicas, esquecendo-se os aspectos psicossociais do cuidado humano (CUNHA et al., 2020).

Por este motivo, estudos que envolvam educação em saúde permanente, vêm ganhando destaque visto que reforça a importância da abordagem e o cuidado ao paciente em ME como um indivíduo que requer a assistência especializada e individualizada (MAGALHÃES et al., 2019).

Porém, não são todas as equipes de médicos e enfermeiros que recebem capacitações específicas e constantes sobre os cuidados voltados aos pacientes em ME, o que pode acarretar muitos dos problemas relacionados a credibilidade do diagnóstico e ao processo de doação e transplantes de órgãos associando-se a falhas nessas etapas que envolvem o diagnóstico da morte encefálica, manutenção clínica do doador e apoio as famílias (FONSECA et al., 2016).

Os resultados deste estudo corroboram com os achados na literatura que tratam o protocolo de morte encefálica como um meio para diagnóstico que provém de quadros clínicos geralmente graves e de maneiras abruptas que são tratados em UTI, pois necessitam de vigilância e monitorização contínua. Devido à presença constante de equipe multidisciplinar qualificada para o atendimento dos pacientes na UTI, a condução do protocolo de morte encefálica na UTI é segura e efetiva, possibilitando o resultado de todo o processo diagnóstico (SOYAMA; EGUCHI, 2015).

No entanto, alguns profissionais de saúde adotam, com o tempo, um mecanismo de adaptação ao trabalho e, muitas vezes, não têm empatia com o sofrimento dos familiares e a condição de saúde/doença dos pacientes. É comum visualizar um cuidado realizado pelos profissionais de saúde de modo rotineiro e mecanizado, excluindo as demais dimensões do ser humano (JAKIMOWICZ; PERRY, 2015). Por outro lado, Chuista et al. (2020) ressaltam que ter apenas empatia pode colocar em risco a atuação do profissional de saúde, pois pode direcionar ao sofrimento alheio, fazendo com que se sinta a dor e o sofrimento do outro, deixando para trás o autocuidado. O profissional deve reconhecer os seus

limites para que consiga compreender a angústia do outro sem causar prejuízo a seu estado emocional (CHUISTA et al., 2020).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo deste estudo foi conhecer os significados da morte encefálica na perspectiva de enfermeiros e médicos, e os significados do cuidado ao paciente em morte encefálica prestado por estes profissionais que atuam em UTIs. O relato dos participantes a respeito dos significados da morte encefálica foi descrito na maioria das vezes como a morte do cérebro, cessação das atividades cerebrais, impossibilitando a vida. Também como uma morte normal, onde não mais nada a ser feito, e que na maioria das vezes gera sofrimento aos familiares e estresse a equipe. Além disso, em relação ao significado de morte encefálica referiram como interrupção das atividades cerebrais, situação em que não mais há justificativa para a vida.

Mesmo com alguns participantes tendo relatado sofrimento, principalmente por presenciarem a dor dos familiares, em alguns relatos foi considerada a possibilidade da doação de órgãos, como esperança pela continuidade da vida.

Os participantes relataram a evolução do paciente para a conclusão do diagnóstico de morte encefálica, como moroso e responsável por gerar angústia a família.

A morte encefálica também foi definida, como algo ruim, principalmente quando acontece com um paciente jovem, devido à precocidade da finitude da vida.

O protocolo de morte encefálica e o direcionamento ao cuidado foi considerado necessário e seguro. O atendimento após as primeiras suspeitas da morte do cérebro acontece com rapidez. Alguns participantes relatam que o protocolo fornece um diagnóstico preciso, no entanto são sempre necessárias atualizações para capacitar a equipe quanto a execução do protocolo.

Houve também relatos acerca da dificuldade de execução do protocolo de morte encefálica e direcionamento do cuidado. Apesar de ser abordado durante a formação na faculdade, existe dificuldade na prática, pelo fato de ser muito específico e o primeiro contato com a aprendizagem ser superficial e teórico, evidenciando a necessidade de treinamentos frequentes na capacitação do direcionando ao cuidado da pessoa com morte encefálica.

Percebe-se que o cuidado com o paciente em ME pode gerar pensamentos discordantes, uns relatam que é preciso manter os órgãos viáveis, ou se não

doarem, desligam os aparelhos e drogas, outros referem, que já visam a doação de órgãos e outros ainda dizem que já não há mais nada a ser feito perante a ME.

Por outro lado, para alguns, cuidar do paciente com ME é como cuidar de qualquer outro paciente, com outra patologia sem prognóstico favorável, referem que não há diferença em cuidar de um paciente com morte encefálica ou de um paciente com pneumonia, por exemplo, já outros relatam que não se sentem bem ao cuidar dos pacientes em ME, preferindo muitas vezes até a troca de leito.

Houve também relato de um profissional médico, que salientou a importância do protocolo somente para a segurança do profissional e não do diagnóstico e do paciente.

Desta maneira, foi possível apreender, que a morte encefálica e todos os seus significados em torno do processo diagnóstico e do cuidado ao paciente, são permeados por um misto de pensamentos, opiniões e sentimentos, ficando exposta a necessidade de mais estudos e discussões.

As contribuições para a prática e ensino na área da saúde, são a ampliação do conhecimento acerca da morte encefálica e dos cuidados prestados a pacientes acometidos por ela, possibilitando a reflexão e visando a melhoria da assistência, com cuidado holístico e assertivo.

As limitações do estudo foram a restrição a grupos de profissionais, não podendo se generalizar os resultados obtidos, e o contexto da pandemia, que prejudicou a realização das entrevistas de maneira presencial, e conseqüentemente a obtenção de conversas mais abrangentes e subjetivas.

Como autora, minha percepção, foi a dificuldade de alguns profissionais em terem falas mais aprofundadas, muitas vezes receosas, e pendendo a respostas tecnicistas, principalmente nas entrevistas não presenciais, por parte dos participantes médicos.

Por todo este contexto, e tratando-se de uma temática complexa, sugere-se a realização de novos estudos em outros contextos e realidades.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, F. ; MOREIRA, J. Educação Permanente em Saúde: a Problemática da Doação de Órgãos. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, v. 17, n. 2, p. 153-63, 2016. Disponível em: <<https://revista.pgsskroton.com/index.php/ensino/article/viewFile/3946/3250>>. Acesso em: 24 out. 2019.
- ALMEIDA, A. M.; CARVALHO, E. S. S.; CORDEIRO, G. M. Cuidado ao potencial doador: percepções de uma equipe de enfermagem. **Rev Baiana Enferm.**, v. 29, n. 4, p. 328-38, 2015. Disponível em: <[https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13641/pdf\\_14](https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13641/pdf_14)>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- ALVES, N. et al. Manejo dos pacientes em morte encefálica. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 12, n. 4, p. 953-61, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970488>>. Acesso em: 12 abr. 2020.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Cuidados paliativos na UTI: possibilidade de humanização do processo de morrer. **Rev Soc Bras Câncer**, v. 3, n. 11, p. 40-4, 2006.
- ARAÚJO, C. et al. O papel do profissional de enfermagem na doação de órgãos. **Saúde em Foco**, v. 9, p. 533-51, 2017. Disponível em: <[http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/061\\_papel\\_profissional\\_enfermagem.pdf](http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/061_papel_profissional_enfermagem.pdf)>. Acesso em: 23 nov. 2019.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). Registro Brasileiro de Transplantes – RBT. **Cresce o número de transplantes pancreáticos no Brasil, com 185 diabéticos transplantados no ano de 2002**. O ano de 2002 manteve o crescimento anual desde 1995 no número de transplantes hepáticos. Ano VIII, n. 3, edição anual. São Paulo: ABTO. 2002.
- \_\_\_\_\_. Registro Brasileiro de Transplantes – RBT. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2010-2017)**. Ano XXIII, n. 4. São Paulo: ABTO. 2017.
- \_\_\_\_\_. Registro Brasileiro de Transplantes – RBT. **Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2011 – 2018)**. Ano XXIV, n. 4. São Paulo: ABTO, 2018.
- \_\_\_\_\_. Registro Brasileiro de Transplantes – RBT. **Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro/setembro de 2019**. Ano XXV, n. 3. São Paulo: ABTO, 2019a.
- \_\_\_\_\_. **Manutenção hemodinâmica do potencial doador**. Ano XXIII, n. 9. São Paulo: ABTO. 2019b.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Morte encefálica**. Curso de imersão em terapia intensiva neurológica. 14 ed. São Paulo (SP): AMIB; 2019

AZEREDO, N. S. G.; ROCHA, C. F.; CARVALHO, P. R. A. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 35, n. 1, p. 37- 43, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a06v35n1>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. Snowball (Bola de Neve): **uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária**. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 10., 2011, Curitiba-PR. Anais[...]. Curitiba: PUCPR, 2011. p. 329-41. Disponível em: <[http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398\\_2342.pdf](http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2021.

BAUER, M. W. **Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão**. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (org). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Editora Vozes, p.189-217, 2007.

BIFULCO, V. A.; IOCHIDA, L. C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 33, n. 1, p. 92-100, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000100013>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997**. 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 República Federativa do Brasil, 05 de fevereiro de 1997, seção 1, p. 2191, 1997. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1997/lei-9434-4-fevereiro-1997-372347-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. **Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001**. Altera dispositivos da 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 24 de março de 2001, seção 1, p. 6, edição extra, 2001. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10211-23-marco-2001-351214-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 23 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017**. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília (DF): Casa Civil; 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9175.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9175.htm)

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009.** Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 de outubro de 2009. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara\\_tecnica/2013\\_gt\\_revisao\\_rol/20130520-doc12\\_contribconsnacdesaude regulamentotecnico dosnt.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2013_gt_revisao_rol/20130520-doc12_contribconsnacdesaude regulamentotecnico dosnt.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2019.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRaMuTeQ.** Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS. Florianópolis - SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em: 30 ago. 2019.

CASSETTARI, S. S. R.; MELLO, A. L. S. F. Demanda e tipo de atendimento realizado em unidades de pronto atendimento do município de Florianópolis, Brasil. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 1, p. 1–9, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017003400015>>. Acesso em: 19 dez. 2020.

CASTAÑEDA-MILLÁN, D. A; et al. Attitudes and beliefs about organ donation in Colombia: How to undertake efforts to increase national donation rates? **Rev Fac. Med.**, v. 62, n. 1, p. 17-25, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62n1/v62n1a03.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2019.

CAVALCANTE, L. P. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Acta Paul Enferm**. v.27, n.6, p.567-72, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0567.pdf>>. Acesso em: 17. jun. 2020.

CHEHUEN, N. J. A. et al. Atualização dos critérios diagnósticos de morte encefálica: aplicação e formação de médicos. Atualização dos critérios diagnósticos de morte encefálica: aplicação e capacitação dos médicos. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.31, n.3, p. 303-11, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20190055>>. Acesso em: 25 jan. 2020.

CHUISTA, I. T. N. et al. Dealing with death and dying in an intensive care unit in Paraná. **Rev Enferm UFPI**, v. 9, n.1, p. 1-9, 2020. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.26694/reufpo.v9i0.1147>>. Acesso em: 14 nov. 2019.

CINQUE, V. M; BIANCHI, E. R. F. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 996-1002, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342010000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000400020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 dez. 2020.

CLOTET J. **Bioética uma aproximação.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Normatiza a atuação do Enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos. **Resolução nº 292, de 07 de junho de 2004**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: Acesso em: 12 mar. 2019.

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.

\_\_\_\_\_. **Resolução CFM nº 2.173 de 23 de novembro de 2017**. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Diário Oficial da União, 15 de dezembro de 2017, Ed: 240. Seção:1, p. 50-275. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2019.

CORRÊA NETO, Y. Morte encefálica: cinquenta anos além do coma profundo. **Rev. bras. saúde mater. infant**, v. 10, n. supl. 2, p. s355-s361, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000600013>>. Acesso em: 19 jul. 2019.

COSTA, C. R; COSTA, L. P; AGUIAR, N. A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. [Internet]. **Rev. bioét.** [online], v.24, n.2, p.368-73, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/1983-8034-bioet-24-2-0368.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2019

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3º ed. Porto Alegre: Artmed: 2010.

CRESWELL, J. W. **Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches**. Los Angeles, CA: SAGE Publications, 2013.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3º ed. São Paulo: Editora Penso, 2014.

CUNHA, M. A. P. et al. Death in the intensive therapy unit: nursing perceptions. *Rev Enferm UFPI*, v.9, n.1, p.1-7, 2020. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.26694/reufpi.v9i0.9699>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

DORIA, D. et al. Conhecimento do enfermeiro no processo de doação de órgãos. **Enferm foco** [Internet], v.6, n.1, p. 31-5, 2015. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/573/255>> Acesso em: 18 out 2020.

ERDMANN, R. H. **Organização de sistemas de produção**. Florianópolis: Insular, 1998.

FETTERMANN, A.F. et al. Acolhimento e humanização dos familiares em unidade de tratamento intensivo adulto: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health** [Internet], v.11, n.12, p. 1-7, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e507.2019>>. Acesso em: 19 fev. 2021.

- FONSECA, P.I.M.N. et al. Difficult situations management in organ donation interview. **Rev port enferm saúde mental** [Internet], v.8, n.4, p. 69-76, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=s\\_ci\\_arttext&pid=S1647-21602016000400011](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=s_ci_arttext&pid=S1647-21602016000400011)>. Acesso em: 21 jun 2020.
- FREIRE, I. L. S. et al. Compreensão da equipe de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos. **Enferm. glob.**, v. 13, n. 4, p. 179-207, 2014. Disponível em: <<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.4.175961>>. Acesso em: 14 set. 2019.
- FREIRE, I. L. S; et al. Estrutura, processo e resultado da doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 5, p. 837-45, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0837.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2019.
- FRITZ, G. Brain death: clear definitions and terminology. **Intensive care medicine**, v. 27, n. 5, p. 945-945, 2001. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs001340100923>>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- GARCIA, C. D. (org.) **Doação e transplante de órgãos e tecidos**. São Paulo, SP: Segmento Farma, 2015.
- GARRAFA, V. Introdução à bioética. **Revista do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão**, v.6, n.2, p. 9-13, 2005. Disponível em: <[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/38871368/Introducao\\_a\\_Bioetica\\_volnei\\_garrafa.pdf?1443050597=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DINTRODUCAO\\_A\\_BIOETICA.pdf&Expires=1618711135&Signature=QuCqve0CAiUtSPP79RIDGONtnikX1gGb0CkQr4la9y4xogvdiPutf7Yy-wd3uZ3ecyaiV8FnYHm7RWiYBWqRZrT1tZLbZF2DQWedqMU50QltjhC8oFEauWr2WtOllsxUB-BEp4z3asGcsuBoWaoITPSqpbXnE4W6js8W-598cU1ri6j49ekXYfIL8No~bV-162oC34JZ1ui91hfwkliuM7ql0RbBu3c0gJwLWXKQVyGg5MJE7MDAaNJGYFmx2a9j7bQJRWktD~sok9evDp2fLsZ3cOhMy7sac7AZZLBcHy7HbFeQWhEFz8M7ZyUjNujoJUtnTxDWbYYwTYKnT~phqg\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/38871368/Introducao_a_Bioetica_volnei_garrafa.pdf?1443050597=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DINTRODUCAO_A_BIOETICA.pdf&Expires=1618711135&Signature=QuCqve0CAiUtSPP79RIDGONtnikX1gGb0CkQr4la9y4xogvdiPutf7Yy-wd3uZ3ecyaiV8FnYHm7RWiYBWqRZrT1tZLbZF2DQWedqMU50QltjhC8oFEauWr2WtOllsxUB-BEp4z3asGcsuBoWaoITPSqpbXnE4W6js8W-598cU1ri6j49ekXYfIL8No~bV-162oC34JZ1ui91hfwkliuM7ql0RbBu3c0gJwLWXKQVyGg5MJE7MDAaNJGYFmx2a9j7bQJRWktD~sok9evDp2fLsZ3cOhMy7sac7AZZLBcHy7HbFeQWhEFz8M7ZyUjNujoJUtnTxDWbYYwTYKnT~phqg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)>. Acesso em: 16 abr. 2020.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GOMES, C. N. S. et al. Perspectiva da enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos: relato de experiência. **Rev Enferm UFPI**, v.7, n.1, 71-4, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.26694/2238-7234.7171-74>>. Acesso em: 22 nov. 2019.
- GONÇALVES, J.R.; SIMÕES, J.R.S. A percepção do enfermeiro no lidar com a morte durante a assistência. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v.2, n.5, 2019.

GREER, D. M. et al. Variability of Brain Death Policies in the United States. **JAMA Neurol**, v.73, n.2, p.213-8, 2016. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1001/jamaneurol.2016>>. Acesso em: 12 abr. 2020.

HADDERS, H.; ALNAES, A. H. Enacting death: Contested practices in the organ donation clinic. **Nursing inquiry**, v. 20, n. 3, p. 245-55, 2013. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-1800.2012.00603.x>>. Acesso em: 29 out. 2019.

HAYASIDA, N. M. A. et al. Morte e luto: competências dos profissionais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v.10, n.2, p. 112-21, 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872014000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000200007)>. Acesso em: 10 ago 2019.

JAKIMOWICZ, S.; PERRY, L. A. concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care unit. **J Adv Nurs., England, UK**, v.71, n.7, p.1499-517, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jan.12644>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

JUNQUEIRA, M. S.; et al. Morte encefálica: o enfermeiro prestando assistência ao potencial doador de órgãos e tecidos. *Revista Saúde*, v.10, n.1, p. 113-113, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/2724/2056>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

JUNIOR, L; ELTINK, C. F. J. A visão do graduando de enfermagem perante a morte do paciente. *Health Sci Inst.*, v. 29, n.3, p. 176-82, 2011.

KENTISH-BARNES, N. et al. Clinicians' perception and experience of organ donation from brain-dead patients. **Crit. care med.**, v.45, n.9, p. 1489-99, 2017. Disponível em: <<https://www.ingentaconnect.com/content/wk/ccm/2017/00000045/00000009/art00030>>. Acesso em: 06 out. 2019.

KIND, L. Máquinas e argumentos: das tecnologias de suporte da vida à definição de morte cerebral. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos.**, v. 16, n. 1, p. 13-34, 2009. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3861/386138041002.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2019.

LIMA, A. A. F.; SILVA, M. J. P.; PEREIRA, L. L. Sufrimiento y contradicción: el significado de la muerte y del morir para los enfermeros que trabajan en el proceso de donación de órganos para trasplante. **Enferm. Glob.**, v. 8, n. 1, p. 1-17, 2009. Disponível em: <<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/49521>>. Acesso em: 16 out. 2019.

LIMA, A. A. F. Doação de órgãos para transplante: conflitos éticos na percepção do profissional. **Mundo saúde**, v. 36, n.1, p. 27-33, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/doacao\\_organos\\_transplante\\_conflitos\\_eticos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/doacao_organos_transplante_conflitos_eticos.pdf)>. Acesso em: 22 ago. 2019.

LOMERO, M. M. et al. Nurses' attitudes and knowledge regarding organ and tissue donation and transplantation in a provincial hospital: A descriptive and multivariate analysis. **Nurs health sci** [Internet], v.19, n.3, p. 322-30, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28631279>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

LONGUINIÈRE, A. C. F. et al. Knowledge of critical care nurses about the process of brain death diagnosis. **Rev Rene (Online)**. v. 17, n. 5, p. 691-8, 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324047801015.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

MAGALHÃES, A. L. P. et al. Gerência do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica. **Rev enferm UFPE on line**, v.13, n.4, p. 1124-32, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a2384336p1124-1132-2019>>. Acesso em: 04 jan 2020

MASOUMIAN, H. S. T.; MANZARI, Z.; KHALEGHI, I. ICU Nurses' knowledge, attitude, and practice towards their role in the organ donation process from brain dead patients and factors influencing it in Iran. **Int J Org Transplant Med** [Internet], v.6, n.3, p. 105-13, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4545304/pdf/ijotm-6-105.pdf>>. Acesso em 23 abr. 2020.

MATIS, G. K. et al. Brain death: history, updated guidelines and unanswered questions. **The Internet Journal of Neurosurgery**, v. 8, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://ispub.com/IJNS/8/1/14074>>. Acesso em: 02 nov. 2019.

MENDES, A. C; SILVA, J. V; DALLARI, S. G. **Bioética e direito: aspectos da disciplina legal dos transplantes**. Bioética, São Paulo 1993; 1(2):191-93.

MERCADO-MARTINEZ, F. J. et al . Visão dos profissionais de saúde com relação à doação de órgãos e transplantes: revisão de literatura. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 574-83, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072015000200574&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072015000200574&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 dez. 2020.

MINAYO, M. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 23<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MONFORTE-ROYO, C.; ROQUÉ, M. V. The organ donation process: a humanist perspective based on the experience of nursing care. **Nursing Philosophy**, v. 13, n.14, p. 295-301, 2012. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1466-769X.2012.00544.x>>. Acesso em: 06 out. 2019.

MOGHADDAM, H. Y.; POURESMAEILI, A.; MANZARI, Z. S. Analysis of the reasons for nurses' confusion in relation to the concept of brain death from clinical and legal points of view. **Electron physician**, v. 10, n. 5, p. 6868-72, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6033127/>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

MORAES, E. L.; et al. Experiências e expectativas de enfermeiros no cuidado ao doador de órgãos e à sua família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, p. 129-35, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/112655/110552>>. Acesso em: 04 ago. 2019.

NATIONAL CONFERENCE OF COMMISSIONERS ON UNIFORM STATE LAWS. **Uniform Determination of Death Act**, 1980. Disponível em: <[www.law.upenn.edu/bll/ulc/fnact99/1980s/udda80.htm](http://www.law.upenn.edu/bll/ulc/fnact99/1980s/udda80.htm)>. Acesso em: 09 jul. 2019.

NOGUEIRA E. C; PEREIRA C. U. Potencial para obtenção de órgãos em um hospital de urgência de Sergipe. **J Bras Transpl**, 2007.

OLIVEIRA, K. C. L.; NIHEI, O. K. Doação de Órgãos: Fatores Dificultadores e Desafios. **Pleidade**, v.12, n.23, p.23-9, 2018. Disponível em: <<https://pleiade.uniamerica.br/index.php/pleiade/article/view/384/371>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Sistema Estadual de Transplantes. Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos- Indicadores**. – Curitiba: SESA/SGS/CET, 2020.

PESSINI, L. **Como lidar com o paciente terminal**. 5ª ed. São Paulo, SP: Santuário; 2003.

PESSOA, J. L. E.; SCHIRMER, J.; ROZA, B.A. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.26, n.4, p.323-30, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000400005>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

PESTANA, A. L.; ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. M. Emerging the complexity of nursing care facing a brain death. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 4, p. 734-40, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000400013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000400013&script=sci_arttext)>. Acesso em: 11 out. 2019.

PIMENTA, F. P.; AMORIM, B. R. V.; SILVA, L. J. Morte encefálica: diagnóstico possível sem utilização de exames complementares. **Arq. Bras.neurocir**. v.31, n.1, p.22-7, 2012  
Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-621096>>. Acesso em: 21 jun.2019.

RODRIGUES, C. F. A. et al. Morte encefálica, uma certeza? O conceito de “morte cerebral” como critério de morte. **Revista Bioethikos**, v. 7, n. 3, p. 271-81, 2013. Disponível em: <<http://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/105/1811.pdf> >. Acesso em: 12 ago. 2019.

RODRIGUES FILHO, E. M.; JUNGES, J. R. Morte encefálica: uma discussão encerrada? **Rev Bioét.**, v. 23, n. 3, p. 485-94, 2015. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/1095/1326](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1095/1326)> Acesso em: 23 set. 2019.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. Enferm**, v. 20, n. 2, p. V-VI, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002007000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002007000200001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 dez. 2020.

SANTOS, M. J.; MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. *O mundo da saúde*, v. 36, n. 1, p. 34-40, 2012. Disponível em: <[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/90/03.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/90/03.pdf)>. Acesso em: 05 jan. 2021.

SHIMIZU, H. E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Rev. bras. Enferm.**, v. 60, n. 3, p. 257-62, 2007. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019611001.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2019.

SILVA, A. M.; SILVA, M. J. P. A preparação do graduando de enfermagem para abordar o tema morte e doação de órgãos. **Rev. enferm. UERJ**, v. 15, n. 4, p. 549-54, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14942&indexSearch=ID>>. Acesso em: 07 ago. 2019.

SILVA, S. R.; CAMPOS, R. E. A.; PEREIRA, A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, v.45 n.3, p. 738-44, 2011. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000300027](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300027)>. Acesso em: 21 abr. 2020.

SOARES, et al. Transplantes De Órgãos Sólidos No Brasil: Estudo Descritivo Sobre Desigualdades Na Distribuição E Acesso No Território Brasileiro, 2001-2017. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, v.29, n.1, p. 1-15, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100014>>. Acesso em: 04 jan. 2021.

SOUZA, F. M.; BENTO, C. J.; MILAGRES, S. C. Percepções do enfermeiro intensivista frente à morte encefálica e à doação de órgãos. **Revista Enfermagem Brasil**, v.18, n.1, p. 12-23, 2019. Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1960/html>>. Acesso em: 20 fev 2020.

SOUZA, J. S. B.; LIRA, G. G.; MOLA, R. Notificação da morte encefálica em ambiente hospitalar. **Rev Rene**, v.16, n.2, p. 194-200, 2015. Disponível em: [http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12653/1/2015\\_art\\_bsjsouza.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12653/1/2015_art_bsjsouza.pdf). Acesso em: 20 abr. 2019.

SOUZA, S. S; et al. Estratégias de enfrentamento da enfermagem no cuidado ao potencial doador de órgãos. **Rev Rene (online)**, v. 14, n. 1, p. 92-100, 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027985011.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2019.

SOYAMA, A.; EGUCHI, S. The current status and future perspectives of organ donation in Japan: learning the systems in other countries. **Surgery today**, v.46, n.4, p. 387-92, 2016. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1007/s00595-015-1211-6>>. Acesso em: 19 dez. 2020.

TEAMS, MICROSOFT. **Plataforma de Comunicação**, 2017.

TRANQUITELLI, A. M; CIAMPONE; M. H. T. Número de horas de cuidados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Adultos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.3, 371-7, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300005>>. Acesso em: 14 jan. 2020.

VIEIRA, S. **Estatística básica**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis: Editora Vozes, 2006.

WESTPHAL, G. A. et al. Guidelines for the assessment and acceptance of potential brain-dead organ donors. **Rev Bras Ter intensiva**, v. 28, n. 3, p. 220-55, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5051181/>>. Acesso em: 23 nov. 2019.

WESTPHAL, G. A.; VEIGA, V. C.; FRANKE, C. A. Determinação da morte encefálica no Brasil. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 403-9, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103507X2019000300403&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2019000300403&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 out 2020.

WHATSAPP, LLC. **Aplicativo de Comunicação**, 2009. Disponível em: <[https://www.whatsapp.com/about/?lang=pt\\_br](https://www.whatsapp.com/about/?lang=pt_br)>. Acesso em: 21 jan, 2021.

WIJDICKS, E.F.M. **Morte cerebral**. Manual de Neurologia Clínica. Cap16.Ed Elsevier, Encontro ,2013.

## APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS E IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

		<b>INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS E IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE</b>			
<b>1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>					
Entrevista número: _____					
Código: _____					
Data da entrevista: _____					
<b>2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>					
Nome completo: _____					
Idade: _____		Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino			
Telefone: ( ) _____		Religião: _____			
Profissão: _____		Formação acadêmica:			
		( ) Graduação			
		( ) Especialização			
Tempo de profissão (anos): _____		( ) Mestrado			
		( ) Doutorado			
Tempo de serviço na instituição (anos): _____		Tempo de atuação na UTI (anos): _____			
Participação em quantos protocolos de morte encefálica? _____					

FONTE: A autora (2020).

## APÊNDICE 2 – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

	<b>ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA</b>	
<b>1. QUESTÕES</b>		
1) O que significa morte encefálica para você?		
2) O que significa para você cuidar de um paciente com morte encefálica confirmada?		
3) Como você se sente cuidando de um paciente com suspeita de morte encefálica?		
4) Você considera o cuidado a este paciente igual ao de outro paciente da UTI?		
5) Qual a sua opinião sobre o protocolo de ME?		
6) Qual a sua participação no protocolo de morte encefálica?		
7) Conte-me de uma experiência que te marcou em um protocolo de morte encefálica.		

FONTE: A autora (2020).

## APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Nen Nalú Alves das Mercês, professora do Departamento de Enfermagem e Natalie Garcia Domingos, enfermeira da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, e mestranda do Programa de Pós-Graduação em enfermagem, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, convidamos o(a) Senhor(a) Profissional de Saúde atuante na Unidade de Terapia Intensiva, a participar do estudo intitulado Morte Encefálica: significados do cuidado na perspectiva da equipe de saúde, a pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo: conhecer os significados que a equipe de saúde das Unidades de Terapia Intensiva, atribuem ao cuidado do paciente em morte encefálica.

Caso o(a) Senhor(a) participe da pesquisa, será necessário participar de uma entrevista, que será realizada pela pesquisadora Natalie Garcia Domingos, em local reservado do Complexo Hospital de Clínicas (ambiente que o(a) Senhor(a) possa se sentir confortável), em data e horário de sua preferência para sua participação na própria instituição, agendado previamente. A entrevista será áudio-gravada, com gravador digital, que facilitará o registro de sua fala. Você poderá desistir a qualquer momento de continuar a responder o que lhe for perguntado, o que não causará nenhum prejuízo.

A previsão de duração da entrevista é de até 1h:00min e o(a) Senhor(a) também poderá responder as perguntas que desejar e terá liberdade para fazer perguntas a Natalie Garcia Domingos, no momento que achar necessário. Você poderá desistir a qualquer momento e de continuar a responder o que lhe for perguntado, o que não causará nenhum prejuízo.

É possível que o(a) Senhor(a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado à (exaustão pela necessidade da gravação de voz).

Alguns riscos podem estar relacionados ao estudo e podem ser: (constrangimentos, medo de exposição por determinadas opiniões).

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: aumentar o conhecimento da temática acerca dos cuidados prestados pela equipe de saúde ao paciente em morte encefálica.

Os pesquisadores Pro<sup>fa</sup> Dra<sup>a</sup> Nen Nalú Alves das Mercês, e Enf<sup>a</sup> mestranda Natalie Garcia Domingos responsáveis por este estudo, poderão ser localizadas para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) Senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo por e-mail, telefone e presencial em horário comercial (das 08h:00min as 18h:00min). Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone (041-996768084) número de telefone disponível nas 24 horas, com acesso direto com as pesquisadoras envolvidas. A pesquisadora Enf.<sup>a</sup> Natalie Garcia Domingos, fone: 41-996768084, email: nataliegarcia\_@hotmail.com, da Universidade Federal do Paraná, e a Pro<sup>fa</sup> Dr<sup>a</sup> Nen Nalu Alves das Mercês, fone: 41-9961-4408 responsável por este estudo poderá ser contatadas na Av. Lothário Meissner, 632, Bloco Didático II, 4º andar, gabinete 9, ou sala de aula no 2º ou 3º andar, Jardim Botânico, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) Senhor (a) possa ter, e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE \_\_\_\_\_

Se o(a) Senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:00 horas as 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se o(a) Senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas somente pela orientadora e mestranda. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. Na entrevista gravada, seu anonimato também será respeitado; tão logo seja transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa, o conteúdo será deletado.

O material obtido da entrevista, será utilizado unicamente para esta pesquisa e será destruído ou deletado, após a transcrição da entrevista áudio-gravada ao término do estudo, e o material transcrito ficará sob guarda das pesquisadoras dentro de 5 anos e após será destruído.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e o(a) Senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

O(a) Senhor(a) poderá ter sentimento de pesar e desconforto, pelas lembranças, decorrentes do estudo. Caso ocorra algum destes fatores serão respeitadas as expressões de suas emoções e encerrada a entrevista naquele dia ou transferida em comum acordo com você, se for necessário.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Nome por extenso

Assinatura do Participante

---

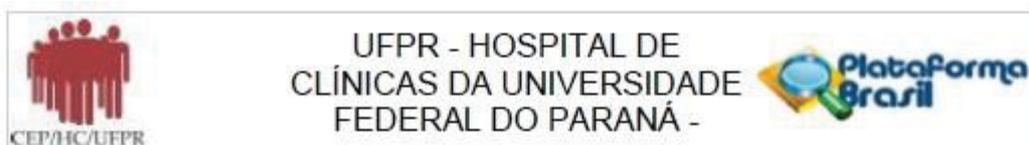
Nen Nalú Alves das Mercês

---

Natalie Garcia Domingos

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MORTE ENCEFÁLICA: SIGNIFICADOS DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE SAÚDE

**Pesquisador:** NEN NALÚ ALVES DAS MERCES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 24288819.3.0000.0096

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.792.986

#### Apresentação do Projeto:

Pesquisa para elaboração de relatório de dissertação de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Será realizada na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Complexo Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná, com enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, médicos deste serviço.

#### Objetivo da Pesquisa:

Compreender as representações sociais sobre os significados do cuidado ao paciente em morte encefálica na perspectiva da equipe de saúde de unidades de terapia intensivas adulto de hospitais com perfil de captação de órgãos para transplante.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

De acordo com as pesquisadoras foram ponderados os riscos individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. A realização da entrevista pode desencadear tristeza e lembranças de situações vivenciadas, sendo assegurado ao participante a suspensão de sua participação se desejar. Ainda, entendem que a pesquisa não acarretará riscos ou danos aos participantes, contudo, poderá ocasionar sentimento de pesar, desconforto psicológico e sofrimento psíquico, provocadas por lembranças, ao participar da entrevista.

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181

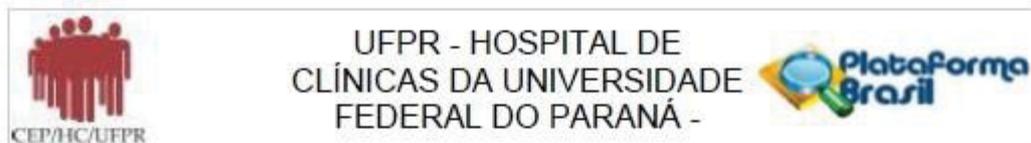
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-900

**UF:** PR **Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-1041

**Fax:** (41)3360-1041

**E-mail:** oep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.792.966

**Benefício:**

As pesquisadoras referem que como benefício indireto os participantes poderão ter a ampliação do conhecimento, terão acesso a informações que poderão contribuir para estruturação e reorganização do cuidado da equipe de saúde que planejam e executam a atenção ao paciente em morte encefálica. Portanto, os benefícios para o grupo estudado serão por meio da divulgação dos resultados do estudo, a fim de que possibilite uma maior reflexão sobre a temática e as práticas assistenciais.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de qualitativa, fundamentada pela Teoria das Representações Sociais a ser com os seguintes critérios de inclusão: Ser profissional enfermeiro, fisioterapeuta, médico ou técnico de enfermagem, membro da equipe de saúde que atua no cuidado direto ao potencial doador em morte encefálica, em ambiente hospitalar, na Unidade de Terapia Intensiva Adulto; Possuir vínculo empregatício na instituição; Atuar no mínimo há seis meses em Unidade de Terapia Intensiva; Ter prestado o cuidado em pelo menos um protocolo de paciente com morte encefálica. Amostra prevista de 99 participantes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os Termos obrigatórios foram apresentados.

**Recomendações:**

Colocar caixa de rubrica na segunda página do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas de rubricas no rodapé das páginas que não contenham assinatura. Após, fazer cópia fiel do TCLE aprovado e rubricado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

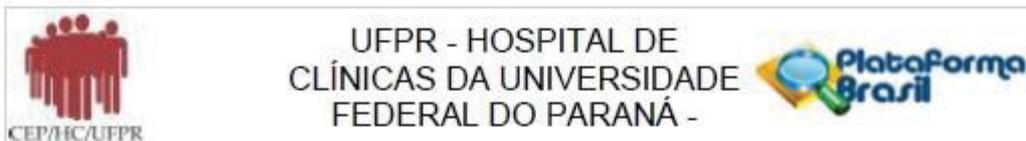
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Estudo relevante, cuja temática deve ser amplamente promovida junto a comunidade.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.792.986

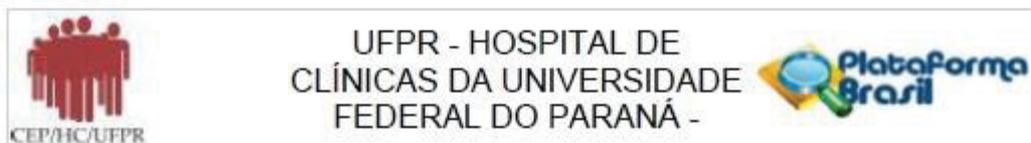
CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Os documentos da pesquisa devem ser mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1451525.pdf	25/10/2019 12:49:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.docx	25/10/2019 12:48:55	NATALIE GARCIA DOMINGOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.doc	14/10/2019 16:44:46	NATALIE GARCIA DOMINGOS	Aceito
Outros	DECLARACAO_AUSENCIA_CUSTOS.pdf	14/10/2019 16:42:14	NATALIE GARCIA DOMINGOS	Aceito
Outros	Cheklis_documentoal_projeto_pesquisa.pdf	11/10/2019 16:41:34	NATALIE GARCIA DOMINGOS	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUISADOR_AO_CEP.pdf	11/10/2019 16:40:10	NATALIE GARCIA DOMINGOS	Aceito
Outros	Concordancia_dos_servicos_envolvidos.pdf	11/10/2019 16:38:33	NATALIE GARCIA DOMINGOS	Aceito
Outros	DECLARACAO_ORIENTADOR_DO_PROJETO.pdf	11/10/2019 16:35:50	NATALIE GARCIA DOMINGOS	Aceito
Outros	Declaracao_compromisso_equipe_pesquisa.pdf	11/10/2019 16:33:34	NATALIE GARCIA DOMINGOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	11/10/2019 16:23:58	NATALIE GARCIA DOMINGOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	11/10/2019 16:23:22	NATALIE GARCIA DOMINGOS	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.792.986

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 02 de Janeiro de 2020

---

Assinado por:  
maria cristina sartor  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br