

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Nailin Melina Pires Da Silva Seixas

GESTÃO DO PROCESSO DE CUIDAR DE PESSOAS EM MORTE ENCEFÁLICA

Goiânia

2018

Nailin Melina Pires Da Silva Seixas

GESTÃO DO PROCESSO DE CUIDAR DE PESSOAS EM MORTE ENCEFÁLICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Teorias, Métodos e Processos de Cuidar em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vanessa S. Carvalho Vila

Goiânia

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Sistema de Biblioteca da PUC Goiás

S586g	<p>Seixas, Nailin Melina Pires da Silva Gestão do processo de cuidar de pessoas em morte encefálica[recurso eletrônico]/ Nailin Melina Pires da Silva.-- 2018. 86 f.; il.</p> <p>Texto em português com resumo em inglês Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em <u>Atenção à Saúde</u>, Goiânia, 2018 Inclui referências f. 57-67</p> <p>1. Morte cerebral. 2. Unidade de tratamento intensivo. 3. Equipe de assistência ao paciente. <u>I.Vila</u>, Vanessa da Silva Carvalho. <u>II.Pontifícia</u> Universidade Católica de Goiás. III. Título.</p> <p>CDU: 612.67(043)</p>
-------	---

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nailin Melina Pires da Silva Seixas

GESTÃO DO PROCESSO DE CUIDAR DE PESSOAS EM MORTE ENCEFÁLICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de nível Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovada em ____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila
Presidente da banca - PUC Goiás

Prof.^a Dra. Maysa Ferreira Martins Ribeiro
Membro efetivo, Externo ao Programa- PUC Goiás

Prof.^a Dra. Jacqueline Andreia Bernardes Leão Cordeiro
Membro externo, Externo ao Programa FEN/UFG

Prof.^a Dra. Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto
Membro suplente, Externo ao Programa FEN/UFG

Prof. Dr. Rogério José de Almeida
Membro suplente, Externo ao Programa - PUC Goiás

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo à minha mãe, meu exemplo de vida, ética e moral. Privilégio de tê-la como colega de categoria profissional, espelho de perseverança e determinação.

Ao meu esposo, Hugo Seixas, e meu filho, Pedro, pela tolerância e compreensão durante todo o processo de construção deste conceituado trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela superação dos momentos difíceis no desenvolvimento deste trabalho, pois o Senhor é a nossa força e fortaleza.

À Prof.^a Dra. Vanessa Carvalho Vila, pela sua sabedoria e humildade, pela oportunidade de construirmos junto este trabalho, pelos momentos de atenção e orientação, pela tolerância dispensada, pela amizade e respeito, carinho e admiração. Exemplo de pessoa ética, moral e profissional.

Em especial, à minha Mãe, meu referencial de caráter, dignidade, por me incentivar e acreditar que sou capaz.

À minha família, filho, irmãos, pai e sogra, por ser a minha torcida número um.

Ao meu esposo, por seu amor, dedicação, compreensão e sabedoria nos momentos difíceis que enfrentamos durante este percurso.

Aos meus colegas de profissão da UTI Neurológica do Hospital de Urgências de Goiânia, Dr. Valdemiro da Cruz, minha eterna gratidão pelo tempo dispensado, pela seriedade e compromisso em suas declarações e pelo empenho em participar do estudo.

Aos demais professores do Programa de Mestrado em Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Aos meus amigos, que também contribuíram para o meu crescimento.

RESUMO

SEIXAS, N.M.P.S. **Gestão do processo de cuidar de pessoas em morte encefálica**. 2018. 86 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia. 2018.

A gestão do cuidar é compreendida como a capacidade de saber a melhor maneira de fazer, cuidar e gerenciar, de modo que todos esses componentes interajam entre si de forma racional. Cuidar de pessoas com diagnóstico de morte encefálica (ME) é uma questão complexa, pois envolve a capacidade dos profissionais de saúde lidarem com familiares e enfrentarem fragilidades organizacionais e assistenciais que poderão repercutir na promoção de um cuidado acolhedor, resolutivo e individualizado a cada paciente. O objetivo desta pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, foi explorar a experiência vivenciada por profissionais de saúde (intensivistas) no processo de gestão do cuidado de pessoas em ME e compreender o significado que atribuem ao processo de cuidar desses pacientes. Participaram do estudo 22 profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) de um hospital de referência em urgência e emergência no município de Goiânia-GO. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e a análise temática interpretativa incluiu as etapas de familiarização com os dados; identificação dos códigos; agrupamento dos códigos em núcleos temáticos; revisão dos núcleos; definição e nomeação final dos núcleos; elaboração da descrição e interpretação dos significados expressos sobre a experiência vivenciada pelos profissionais de saúde. Foram identificados os núcleos temáticos: A dimensão técnica do cuidar de pessoas em ME: avanços e dificuldades; O desafio para lidar com a morte e o morrer; A abordagem familiar no contexto da ME. Os resultados evidenciaram que a instituição do protocolo de ME é considerada um marco e que, após a implantação da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos e Transplantes, em 2014, foram estabelecidos novos procedimentos operacionais que contribuíram para a superação das lacunas e o desenvolvimento de habilidades para lidar com a dimensão técnica. No entanto, o cuidado a esse paciente, quando visto apenas como um corpo, prioriza aspectos técnicos relacionados com higiene, aspiração, mudança de decúbito e tem o propósito principal de melhorar a qualidade e segurança no processo de captação de órgãos para transplante. Para os profissionais, lidar com a morte e o morrer em situações de ME é um processo emocionalmente desgastante e angustiante para todos, que demanda apoio psicológico. A família, muitas vezes não incluída no plano terapêutico nem acolhida corretamente, vivencia este complexo momento com grande dificuldade. Salienta-se a necessidade de adotar modelos de cuidado com foco central na família do paciente em ME, engajando-a neste processo e amparando-a para o luto. Para tanto, a equipe precisa tomar decisões compartilhadas, de modo que o processo de cuidar ocorra de maneira eficaz e segura.

Palavras-chave: morte encefálica; unidades de terapia intensiva; equipe de assistência ao paciente; obtenção de tecidos e órgãos.

ABSTRACT

SEIXAS, N.M.P.S. Management of the care process after brain death. 2018. 86 p. Thesis (Master's in Health Care) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia. 2018.

Care management considered the ability to know the best way to do, care and manage so that all these components interact mutually in a rational manner. Taking care of people diagnosed as brain dead (BD) is involved, involving the health professionals' ability to cope with family members and confront organizationally and care weaknesses that can influence the promotion of welcoming, problem-solving and individualized care for each patient. The objective in this qualitative case study was to explore the experience of (intensive care) health professional in the management process of individuals after BD and understand the meaning they attach to the care process of these patients. Twenty-two professionals (physicians, nurses and nursing technicians) participated in the study at a referral hospital for emergency care in the city of Goiânia-GO. The data were collected through semistructured interviews, and interpretive thematic analysis included the following stages: immersion in the data; identification of codes; clustering of codes into thematic cores; review of cores; definition and final designation of codes; elaboration of description and interpretation of the meanings the health professional expressed. The following thematic cores identified: The technical dimension of care for individuals after BD: advances and difficulties; the challenge to cope with death and dying: The family approach in the context of BD. The results evidenced that the establishment of the BD protocol considered a landmark and that, after the implementation of the Intra-hospital Organ and Tissue Donation and Transplantation Committee in 2014, new operating procedures were put in practice that contributed to overcome the gaps and develop skills to cope with the technical dimension. When considered as a mere body, however, care for this patient prioritizes technical aspects related to hygiene, aspiration, position change and its primary objective is to improve the quality and safety in the organ procurement process for transplantation. For the professionals, coping with death and dying in situations of BD is an emotionally wearisome and anguishing process to all, which requires psychological support. The family, which is often neither included in the therapeutic plan nor correctly welcomed, experiences difficulty at this challenging moment. The need is highlighted to adopt care models that embrace the family of the patient after BD as the central focus, being engaged in this process and supported for mourning. Therefore, the team needs to make shared decisions for the care process to take place effective and safe.

Keywords: brain death; intensive care units; patient care team; tissue and organ procurement.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição dos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa.	30
------------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAN	<i>Academy American Neurology</i> (Academia Americana de Neurologia)
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CFM	Conselho Federal de Medicina
ECG	Escala de Coma de Glasgow
JAMA	<i>Journal of The American Medical Association</i> (Jornal da Associação Americana de Medicina)
ME	Morte Encefálica
NCAP	Núcleo de Captação e Doação de Órgãos
OS	Organização Social
PROAD-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PUC Goiás	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
SPECT	<i>Single photon emission computed tomography</i> (Tomografia por emissão de fóton único para estudar os neurônios pré e pós sinápticos)
UDDA	<i>Uniform Determination of Death Act</i> (Lei Uniforme de Determinação da Morte)
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	14
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1	Morte encefálica: aspectos históricos, conceituais e critérios diagnósticos	15
3.2	A gestão do processo de cuidar de pessoas em morte encefálica	19
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	24
4.1	Tipo de pesquisa	24
4.2	Contexto e participantes	24
4.3	Coleta de dados	25
4.4	Análise dos dados	26
5	RESULTADOS	29
5.1	Características dos participantes	29
5.2	A gestão do cuidar de pessoas em morte encefálica	31
5.2.1	A dimensão técnica do cuidar de pessoas em morte encefálica: avanços e dificuldades	31
5.2.2	O desafio para lidar com a morte e o morrer	37
5.2.3	A abordagem familiar no contexto da morte encefálica	40
6	DISCUSSÃO	44
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICES	68
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	68
	APÊNDICE B – ROTEIRO ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	71
	ANEXOS	72
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP	72
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO COPARTICIPANTE	76

1 INTRODUÇÃO

A gestão do cuidar de pessoas com diagnóstico de morte encefálica (ME) é complexa, pois envolve a capacidade dos profissionais de saúde lidarem com familiares e enfrentarem fragilidades organizacionais e assistenciais que poderão repercutir na promoção de um cuidado acolhedor, resolutivo e individualizado a cada paciente (FLÓDEN et al., 2011; HOSEINI; KHALEGHI, 2015; LAGO et al., 2007; MENESES et al., 2010). Compreende-se a gestão do cuidar como a capacidade de saber a melhor maneira de fazer, cuidar e gerenciar, de modo que todos esses componentes interajam entre si de forma racional (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

No caso de pacientes em ME, estudos mostram que, apesar da implementação de protocolos clínicos específicos, persistem dificuldades relacionadas, sobretudo, com a definição e confirmação diagnóstica. Além de que conflitos éticos e religiosos impõem diversas demandas de cuidado, por exemplo, lidar com os familiares que vivenciarão o enfrentamento da finitude da vida e do luto ou, em alguns casos, terão que decidir entre consentir ou não a doação de órgãos (ARAÚJO; MASSAROLLO, 2014; FREIRE et al., 2012; GHOSHAL; GREER, 2015; LIMA; BATISTA; BARBOSA, 2013; YANKE; RADY; VERHEIJDE, 2016).

Cuidar de uma pessoa considerada clinicamente morta, embora ainda apresente sinais aparentes de vida, faz com que os profissionais de saúde se deparem com limitações para compreender o complexo contexto que envolve as tomadas de decisões relacionadas a este paciente. Nesses casos, é comum que vivenciem inúmeros sentimentos, tais como medo, insegurança, instabilidade emocional e, principalmente, conflitos éticos e morais relacionados com a incerteza e necessidade de precisão do diagnóstico (RODRIGUEZ et al., 2011; TOIT; MILLER, 2015).

Os profissionais intensivistas manifestam sentimentos e sensações de ambiguidade no cuidado prestado ao potencial doador, pois reconhecem que a morte de uma pessoa possibilitará beneficiar outras. Para eles, o paciente em ME pode ser visto apenas como um conjunto de “órgãos” que precisam ser cuidados para um possível transplante (ARAÚJO; MASSAROLLO, 2014).

Assim, na maioria das vezes, o cuidado ao paciente em ME, é focado no modelo biomédico, influenciado pelo paradigma cartesiano, que o considera um ser

sem prognóstico e que nem sempre necessita de cuidados específicos (PESTANA; ERDMAN, SOUSA, 2012).

Neste contexto, a confirmação diagnóstica de ME assume importância ímpar, embora tal comprovação seja complexa em virtude da falta de condutas padronizadas e das divergências na compreensão do protocolo entre os profissionais da saúde, em especial, médicos e enfermeiros (CHUA et al., 2015; GHOSHAL; GREER, 2015; HOSEINI; KHALEGHI, 2015; MEYER; BJORK; EIDE, 2012; MORAES; MASSAROLLO, 2009; NIKAS; BORDLEE; MOREIRA, 2016; RÍOS et al., 2014; SHEMIE; BAKER, 2015; ZAHMATKESHAN et al., 2014). A maioria dos pesquisadores ressalta a necessidade de uniformizar os diversos protocolos para o diagnóstico de ME, o que ainda não ocorreu.

Em alguns países, as questões religiosas, éticas e culturais influenciam, direta ou indiretamente, neste diagnóstico (BURKLE; SHARP; WIJDICKS, 2014; CHUA et al., 2015; GLIGOROV, 2016; WANG et al., 2017; JOHNSON; 2016; RODRIGUES et al., 2013; SHEMIE; BAKER, 2015).

Evidências científicas descrevem se tratar de um diagnóstico controverso e conflituoso, de modo que os profissionais têm dificuldades de se basear exclusivamente nesses parâmetros para a tomada de decisão clínica, o que pode comprometer a gestão do cuidar dessas pessoas e de seus familiares. Conseqüentemente, prejudicar o estabelecimento de intervenções focadas no enfrentamento do luto pelos familiares e a avaliação da viabilidade de captar órgãos para transplante (ARAKI; YOKOTA; FUSE, 2016; KIM; FISHER; ELLIOTT, 2006; LEWIS; VARELAS; GREER, 2015; WHITE, 2003).

O conceito de ME como morte do indivíduo é aceito pela comunidade científica mundial e parece estar bem estabelecido na maioria dos países. Entretanto, persistem dúvidas sobre os critérios clínicos diagnósticos e uma percepção errônea entre os profissionais de saúde (FLÓDEN et al., 2011; MASOUMIAN HOSEINI; MANZARI; KHALEGHI, 2015; WANG et al., 2017; MORAES; MASSAROLLO, 2009; NIKAS; BORDLEE; MOREIRA, 2016; NOWAKA; FITZNER; OWSKI, 2016; RÍOS et al., 2014; SHEIN et al., 2008; WIJDICKS, 2002).

O estabelecimento de critérios para definição de ME objetivou incentivar e normatizar a doação de órgãos, assim como permitir a retirada de suportes terapêuticos ao paciente não doador de órgãos, pois, quando confirmados tais

critérios, constata-se a irreversibilidade do quadro e confirma-se a morte (LAGO et al., 2007).

Estudos têm conceituado a iminência de ME como um estado de coma profundo, com pontuação igual a três na Escala de Coma de Glasgow (ECG), com lesão cerebral irreversível de etiologia conhecida. E ausência de três ou mais reflexos do tronco cerebral em pacientes que necessitam manter a função cardiorrespiratória temporária artificialmente e se encontram internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (ESCUADERO et al., 2015; LIMA; BATISTA; BARBOSA, 2013).

No Brasil, a implantação do primeiro protocolo de ME data de 1987 e partiu do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul. À época, o diagnóstico de ME fundamentava-se somente em critérios eletroencefalográficos (MENESES et al., 2010).

A seguir, em 2017, a Resolução de nº 1.480, que definia os critérios clínicos diagnósticos de ME, foi revogada pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) de nº 2.173/17. Desde então, considera-se que a ME no Brasil consiste em:

Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de provocar quadro clínico de modo indiscutível, por exames complementares, tais como eletroencefalograma, doppler transcraniano ou angiografia cerebral, caracterizado por coma aperceptivo com ausência de reatividade supraespinal manifestada pela ausência dos reflexos fotomotor, córneo palpebral, oculocefálico, vestibulo-calórico, de tosse e apneia (BRASIL, 2017a, p. 2-4).

Pesquisadores têm questionado o nível de conhecimento dos profissionais de saúde para o correto diagnóstico de ME e defendem que sejam instituídos protocolos clínicos mais eficazes, capazes de tornar mais seguro o processo de tomada de decisão terapêutica compartilhada entre profissionais de saúde e familiares e viabilizar as doações e transplantes (LEWIS; VARELAS; GREER, 2015; HOSEINI; MANZARI; KHALEGHI, 2015; MEYER; BJORK; EIDE, 2012; MORAES; MASSAROLLO, 2009; SHEIN et al., 2008; SOBNACH et al., 2016).

Estudo brasileiro comprovou que os critérios de ME se diferenciam caso a caso e suscitam questionamentos (MENESES et al., 2010). Os médicos, no cotidiano de trabalho, se deparam com situações de estresse e ansiedade diante de uma constatação e confirmação do diagnóstico de ME, cabendo a eles a decisão de suspender os esforços. Com frequência, a eficácia deste diagnóstico é prejudicada por problemas estruturais relacionados à carência de recursos humanos e

tecnológicos, o que inviabiliza, quando indicado, o processo de doação de órgãos (MENESES et al., 2010).

Atualmente, no contexto assistencial de unidades de terapia intensiva, o alto índice de pessoas em ME, sobretudo em decorrência de causas externas (SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012; ZAHMATKESHAN et al., 2014), faz com que essas equipes vivenciem cotidianamente a complexidade relacionada ao cuidar destas pessoas e de seus familiares. Essas situações geram tensões no processo de cuidar relacionadas, principalmente, com a confirmação diagnóstica e necessidade de comunicar a notícia aos familiares.

No entanto, apesar da complexidade relacionada à temática, identificou-se, por meio de revisão da literatura científica, escasso número de publicações acerca da experiência dos profissionais de saúde com a gestão do cuidado em situações de ME (BITTENCOURT, 2014; FLÓDEN et al., 2011; KIM; FISHER; ELLIOTT, 2006; MEDEIROS, 2013; MEYER; BJORK; EIDE, 2012; MORAES et al., 2015; SANTOS, 2013; VIRGINIO, 2012).

Assim, em virtude da complexidade e importância do tema, aliadas à escassez de investigações, considerou-se pertinente desenvolver o presente estudo, norteado pela seguinte questão: *qual a experiência vivenciada por profissionais de saúde durante o processo de cuidar de pessoas em ME?*

A condução de estudos dessa natureza permite explorar e aprofundar a compreensão da complexa realidade social vivenciada por profissionais de saúde intensivistas que lidam, em seu cotidiano, com a gestão do processo de cuidar de pessoas em ME e seus familiares. Acredita-se que ampliar este conhecimento contribuirá para evidenciar lacunas assistenciais e demandas de intervenções individuais e coletivas que promovam mais segurança e qualidade à atenção à saúde de pessoas que vivenciam ou vivenciarão essa situação clínica.

2 OBJETIVO

- Explorar a experiência vivenciada e o significado do processo de cuidar de pessoas em ME sob a perspectiva dos profissionais atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Será apresentada a síntese narrativa da literatura referente a aspectos históricos, conceituais e critérios diagnósticos de morte encefálica e à gestão do processo de cuidar de pessoas em ME.

3.1 Morte encefálica: aspectos históricos, conceituais e critérios diagnósticos

Desde a antiguidade, o conceito de ME tem sido mencionado pela comunidade médica e sociedade em geral (TRUOG; MILLER, 2014). Durante o período da Renascença, considerava-se que “o coração foi pensado para criar os espíritos vitais e a ausência de um batimento cardíaco foi considerada como o sinal principal da morte” (MACEDO, 2012, p. 22).

Historicamente, a partir do século XII, a primeira pessoa a considerar a irreversível ausência da função cerebral equivalente à morte foi o rabino Moisés Maimônides, intelectual na sociedade medieval judaica. Para comprovar tal afirmação, ele argumentou observar movimentos espasmódicos em humanos decapitados, o que, segundo ele, constituía uma evidência de vida, pois os movimentos claramente não se originavam a partir do cérebro. Esta é considerada a primeira reflexão sobre o conceito de ME (YOUN; GREER, 2014).

A primeira conceituação do que viria a ser morte encefálica surgiu em 1959, quando os neurocirurgiões franceses Mollaret e Goulon descreveram um novo tipo de coma, denominado “morte do sistema nervoso central”, caracterizado por coma apneico persistente, reflexos tendinosos e os associados ao tronco encefálico ausentes, além de ausência de atividade elétrica (SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012).

Até a década de 60, o conceito de morte era reconhecido exclusivamente por critérios cardiorrespiratórios (GEORGIA, 2014; MAGNUS; WILFOND; CAPLAN, 2014; NIKAS; BORDLEE; MOREIRA, 2016; TRUOG; MILLER, 2014; BURKLE; SHARP; WIJDICKS, 2014). No entanto, os avanços tecnocientíficos do século XX e o advento da ventilação mecânica, da medicina intensiva e das técnicas de ressuscitação cardiopulmonar possibilitaram manter as funções vitais em vítimas com danos neurológicos graves e irreversíveis (GHOSHAL; GREER, 2015; GLIGOROV, 2016; JOHNSON, 2016; TRUOG; MILLER, 2014).

Em 1967, o médico sul-africano Christian Barnard realizou o primeiro transplante cardíaco bem-sucedido e, com isso, influenciou, direta e indiretamente, a discussão sobre o destino dos órgãos de pacientes em estado grave. É considerado um marco para a definição dos critérios neurológicos de morte (SANTOS, 2013).

O documento da Harvard Medical School, que mudou o conceito de morte do coração para morte fundamentada na função cerebral, foi publicado em 1968 no Journal of the American Medical Association (JAMA). Nele, reconhecia-se que a ME é a expressão clínica de um dano encefálico total e irreparável, irreversível e definitivo, determinada pelos seguintes parâmetros:

a) ausência de receptividade e responsividade; b) ausência de movimento espontâneo ou induzido e de respiração quando se desliga o respirador por alguns minutos; c) ausência de reflexos, inclusive da medula espinhal; d) traçado eletroencefalográfico plano (HARVARD, 1968, p. 337-339).

Os critérios de Harvard foram reconhecidos mundialmente e são os mais utilizados há várias décadas (GEORGIA, 2014).

Em 1969, a Sociedade Americana de Eletroencefalografia publicou alguns critérios para definir ME. No ano seguinte, definiu-se que estariam mortos os indivíduos com ME, mesmo se o cerebelo e a ponte estivessem em funcionamento (BATISTA, 2010).

Em 1971, o Minnesota Code of Brain Death Criteria:

Incluiu a necessidade de diagnóstico de lesão intracraniana irreparável, a exclusão de causas metabólicas, reduziu o tempo de observação para 12 horas, estabeleceu apneia, pela ausência de movimentos respiratórios durante quatro minutos, e sugeriu que a lesão do tronco encefálico seria o momento da irreversibilidade (SANTOS, 2013, p.26).

Mais tarde, em 1976, o Royal College of Medicine do Reino Unido foi o pioneiro na argumentação de que a "morte do tronco encefálico" constitui morte. Para tanto, introduziu o teste de apneia, a fim de exigir a confirmação da hipercapnia (aumento da pressão de gás carbônico no sangue arterial) para a validação da apneia como critério para padronizar e especificar a ME. Nessa ocasião, pela primeira vez, a ME foi considerada como morte humana (CORREA NETO, 2010).

Em 1977, estudo multicêntrico patrocinado pela US Collaborative Study of Brain Death, juntamente com o Instituto Nacional de Saúde Americano, objetivou padronizar os critérios clínicos para determinação da ME. Esse estudo recomendou que, em caso de suspeita de ME, os exames necessários sejam realizados em duas etapas,

incluindo o teste de apneia. Nesse período, o paciente deve apresentar pupilas fixas e dilatadas, ausência de reflexos do tronco encefálico, apneia e eletroencefalograma isoeletrico (YOUN; GREER, 2014).

A publicação americana do The Uniform Determination of Death Act (UDDA), aprovada em 1980 pela Comissão Presidencial dos Estados Unidos, Associação Médica Americana e Associação Americana de Juristas, afirmou que: “a morte encefálica é equivalente à morte propriamente dita, utilizando-se critérios cardiopulmonares” (RAMOS; MARTINS, 2010, p.26). Essas considerações balizaram as razões éticas e legais, fazendo com que a comunidade médica assumisse o compromisso, o reconhecimento e a aplicabilidade dos critérios de diagnóstico de ME (RAMOS; MARTINS, 2010).

A grande variedade de critérios e, portanto, a necessidade de padronizá-los, levou a Academy American Neurology (AAN) a organizar um comitê para estabelecer e uniformizar parâmetros específicos de ME. Para tanto, publicou uma revisão da literatura médica associada à classificação, baseada em graus de evidência científica, com mais de 200 artigos sobre ME (WIJDICKS, 1995). Mais tarde, desenvolveu um protocolo-padrão em relação aos seguintes aspectos: (1) documentação de perda de consciência; (2) ausência de resposta motora a estímulos de dor; (3) ausência de reflexos do tronco cerebral; e (4) apneia (WIJDICKS, 1995). Este protocolo foi atualizado em 2010, para inclusão de diversos parâmetros clínicos, a fim de identificar relato de recuperação das funções neurológicas após o diagnóstico de ME, o que não foi encontrado (WIJDICKS; VARELAS; GRONSETH, 2010).

Embora controverso e objeto de debates mundiais, o entendimento de que um ser humano com perda irreversível de funções cerebrais pode ser considerado morto tem sido progressivamente aceito há várias décadas. No entanto, recentemente, dois casos contenciosos de ME suscitaram novas controvérsias sobre o diagnóstico de ME, amplamente abrangidos pelos Estados Unidos (NIKAS; BORDLEE; MOREIRA, 2016).

O caso Jahi McMath envolve o debate bioético sobre a rejeição de sua família para aceitar o diagnóstico de ME e seus esforços para manter seu corpo sob ventilação mecânica. Na outra situação, Marlise Nicole Muñoz foi declarada com ME, mas os médicos mantiveram seu corpo no respirador porque ela estava grávida de 14 semanas. Contrariamente ao caso McMath, o marido de Muñoz entrou na justiça para removê-la do suporte de vida, pois, segundo ele, ela havia afirmado que, em caso de

ME, não gostaria de ser mantida viva artificialmente (JOHNSON, 2016; MAGNUS et al., 2014; NIKAS; BORDLEE; MOREIRA, 2016).

Estudo desenvolvido na Polônia comparou as diretrizes polonesas sobre o diagnóstico de ME em adultos com as recomendações americanas, britânicas, australianas e da Nova Zelândia. De acordo com o estudo, tais diretrizes descrevem recomendações semelhantes sobre a necessidade de um período de observação adequado, para avaliação de parâmetros médicos básicos e exclusão prévia de alguns fatores antes da realização do teste clínico de confirmação (BOHATYREWICZ et al., 2009).

No referido estudo, ficou evidente haver consenso na aplicação do exame clínico, incluindo reflexos de tronco cerebral e teste de apneia, e não ser obrigatória a realização de testes complementares. No entanto, quando a opção for por aplicá-los conjuntamente, preconiza-se a angiografia de quatro vasos e SPECT (Single photon emission computed tomography), sendo os únicos testes confirmatórios recomendados nos cinco países (BOHATYREWICZ et al., 2009; NOWAKA; FITZNER; OWSKI, 2016).

Nos Estados Unidos, estudo desenvolvido para avaliar 508 unidades hospitalares do país que apresentavam serviços especializados de neurologia e neurocirurgia identificou variabilidade significativa nas políticas institucionais individuais em relação à determinação da ME, o que pode decorrer do baixo envolvimento do neurologista ou neurocirurgião no processo de cuidado desse paciente. Evidenciou-se também ser imperativo que tal condição seja precisamente diagnosticada em cada paciente (GREER et al., 2016).

Estudo realizado na Europa destacou que essas disparidades persistem devido às diferenças nas práticas de cuidados inerentes à doação de órgãos e posturas médicas em relação a pacientes em situação de terminalidade da vida, com lesões cerebrais irreversíveis (CITERIO; MURPHY, 2015).

No Japão, também há certa discordância na determinação de ME em pacientes pediátricos, enquanto nos Estados Unidos o desenvolvimento de programas educativos para padronizar os critérios de determinação e melhorar a precisão da determinação da ME em pediatria tem recebido maior atenção (ARAKI; YOKOTA; FUSE, 2016).

No Brasil, a discussão deste tema teve início em 1968, por ocasião do primeiro transplante cardíaco entre humanos, realizado com doador falecido (RODRIGUÉZ-

ARIAS, 2009; CORREA NETO, 2010). Na década de 80, o Congresso Nacional Brasileiro emitiu parecer estabelecendo que o Conselho Federal de Medicina (CFM) seria o órgão capacitado e responsável para resolver questões relacionadas à ME. A regulamentação deste diagnóstico ocorreu na década seguinte, em 1991, e no ano de 1997 o CFM apresentou a Resolução nº1.480/97, que estabelecia os critérios diagnósticos de ME no Brasil (BRASIL, 1997).

Em outubro de 2017, o então presidente do Brasil assinou o Decreto de nº 9.175/17, que regulamenta a Lei nº 9.434/97, definindo que o diagnóstico de ME seria confirmado mediante a realização de dois exames clínicos protocolares e padronizados, seguidos de exames neurológicos e do teste de apneia (BRASIL, 1997; BRASIL, 2017b).

Cada um desses exames deve ser realizado por um médico diferente, especificamente capacitado para tanto, com, no mínimo, um ano de experiência no atendimento de pacientes em coma e que tenha acompanhado ou realizado pelo menos dez determinações de ME ou curso de capacitação para diagnosticá-la. Além disso, um dos médicos precisa ser especialista em uma das seguintes áreas: medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, neurologia, neurologia pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência (BRASIL, 2017b).

Com este novo decreto, reitera-se a importância dos familiares nesse processo, situando-os como peça-chave para a tomada de decisão. Assim, a autorização para doação deverá ser do cônjuge, do companheiro ou do parente consanguíneo de maior idade e juridicamente capaz na linha reta ou colateral, até o segundo grau, reconhecido em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte (BRASIL, 2017b).

Todavia, apesar dos esforços e das medidas legais para padronização, ainda há controvérsias no diagnóstico de ME no âmbito brasileiro, pois cada instituição de saúde estabelece o seu próprio protocolo e respeita apenas os critérios mínimos.

3.2 Gestão do processo de cuidar de pessoas em morte encefálica

O termo gestão ou gerência são sinônimos, o seu significado define a ação, o pensar e a decisão, sendo compreendida como a arte de fazer acontecer e obter resultados que podem ser previstos, definidos, analisados e avaliados (MORORÓ et al., 2017). Entende-se a gestão do cuidado em saúde como o provimento ou

disponibilização das tecnologias de saúde, que visam oferecer uma assistência de qualidade e humanizada as pessoas, sendo realizada em seis dimensões, a saber: individual, familiar, profissional, organizacional, sistemática e societária (MORORÓ et al., 2017).

Sendo assim, a Política Nacional de Humanização (PNH), preconiza um modelo de gestão, centrado no trabalho em equipe, considerando as necessidades singulares dos indivíduos (ADORNO et al., 2016; MORORÓ et al., 2017). A equipe multiprofissional deve estar engajada, capacitada e qualificada para atender as necessidades do paciente em ME, tanto na dimensão técnico-científica quanto humanística (PESTANA et al., 2013).

Neste sentido, o paciente potencial doador de órgãos e tecidos é um paciente que apresenta a ME diagnosticada e declarada, estabelecida pelo CFM, sendo possível a retirada de órgãos e tecidos ou partes do corpo para transplante. Nesse momento, o paciente em ME necessita de cuidados de manutenção contínuos, por apresentar alterações metabólicas, endócrinas e cardiovasculares importantes. É necessário garantir dados vitais adequados, manter a estabilidade hemodinâmica, adequada ventilação mecânica, controle metabólica eficaz, a fim de ofertar suprimento necessário, para manter perfusão adequada aos órgãos e tecidos do corpo (CAVALCANTE et al., 2014; SILVA; NOGUEIRA, SÁ, 2016).

O cuidado a pacientes em ME, é responsabilidade de toda equipe multiprofissional, mas vale destacar que a equipe de enfermagem é imprescindível, para a melhoria do cuidado ao paciente em ME, pelo fato de assistir ao paciente ininterruptamente durante as 24 horas, pois essa equipe permanece atenta aos cuidados prestados à pessoa em ME, otimizando as ações gerenciais e assistenciais para que o cuidado prestado ao potencial doador seja executado de maneira adequada e segura (LIMA; BATISTA; BARBOSA, 2013; YOUN; GREER, 2014).

Entre os vários cuidados prestados pela equipe de enfermagem, os mais evidentes são: a conservação da cabeceira posicionada a 30°, monitoramento rigoroso dos níveis pressóricos, frequência cardíaca, monitoramento da saturação de oxigênio, temperatura. Manter o aquecimento do paciente por meio de mantas térmicas e infusão de soluções aquecidas, nutrir de forma adequada os órgãos por meio de sonda enteral (CAVALCANTE et al., 2014).

O processo de cuidar de pessoas em ME requer uma abordagem abrangente e compreensiva, com intervenções focadas em promover acolhimento, estabelecer

comunicação eficaz com os familiares e, principalmente, definir um plano terapêutico adequado não somente para melhorar as condições físicas da pessoa em ME, mas, também, oferecer suporte para que a família enfrente esse momento de terminalidade.

O paciente em ME necessita de cuidados integrais que transcendem os problemas fisiopatológicos apresentados. Para tanto, deve haver um olhar que ultrapasse o cuidado centrado no modelo biomédico, tecnicista. Esse paciente precisa ser visto pela equipe multiprofissional como um ser biopsicossocioespiritual, para que a assistência prestada seja efetiva, e isso demanda incluir a família no processo de maneira humanizada e acolhedora (VILA; ROSSI, 2002).

No presente estudo, compreende-se o cuidar de pessoas em ME como um processo por meio do qual os profissionais de saúde promovem condições favoráveis para que a família tenha liberdade para decidir sobre a situação de modo livre e esclarecido. Para tanto, devem, além de executar procedimentos e atividades técnicas, desenvolver ações e assumir posturas que favoreçam a preservação da dignidade dos pacientes e a orientação dos familiares na tomada de decisão (BISON et al., 2013).

Promover o cuidado nessa perspectiva requer uma visão humanista com ênfase nas relações interpessoais, incluindo comportamentos, atitudes e valores e a compreensão de que a qualidade do cuidado tem como meta as pessoas e seu bem-estar (QUEIRÓS et al., 2016).

A cultura organizacional é um fator central para o processo de cuidar. É necessário um ambiente de cuidado que ofereça condições favoráveis à saúde e promova um espaço saudável e harmônico, pleno de energias positivas (BACKES; ERDMANN; BUSCHER, 2015).

O cuidado prestado a indivíduos com diagnóstico de ME é considerado uma atividade complexa, a ser desenvolvida por uma equipe multidisciplinar atuante em UTI. Tais cuidados podem ser divididos em duas subcategorias: a dimensão técnica do cuidado, representada pela capacidade dos profissionais envolvidos seguirem protocolos e utilizarem as tecnologias indicadas; e a dimensão bioética, relacionada à assistência ao paciente e familiares (CAVALCANTE et al., 2014).

As características dos cuidados aplicados ao paciente em ME são específicas, diferenciando-as de outras formas de cuidados por apresentarem objetivo distinto e não terem a finalidade da cura, mas almejarem preservar a condição do indivíduo

como possível doador de órgãos e tecidos (CAVALCANTE et al., 2014; RECH; RODRIGUES FILHO, 2007).

A equipe multiprofissional deve cuidar dos pacientes inseridos na UTI e de seus familiares, o que requer uma complexa gama de conhecimentos técnicos e científicos, em virtude da gravidade da condição de saúde e das situações de morte e luto que os familiares enfrentarão. Há, nesse ambiente organizacional, uma constante tensão que gera sentimentos de angústia, medo, tristeza, dor e sofrimento, segurança e insegurança, tanto por parte dos pacientes quanto dos familiares e profissionais (FERNANDES; PULZI; COSTA FILHO, 2010; PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008).

Em pacientes diagnosticados com ME, a dimensão técnica do cuidado implica a possibilidade de doação de órgãos e requer uma mudança nos cuidados intensivos. Assim, deve haver uma gestão de cuidados críticos de forma sistemática e otimizada, com o intuito de melhorar e preservar a qualidade dos órgãos (DICTUS et al., 2009). Os potenciais doadores devem passar por um monitoramento invasivo antes da declaração de ME e a equipe intensivista, em especial de enfermagem, desempenha papel central no tratamento e monitoramento do paciente (DARE; BARTLETT; FRASER, 2012)

Assim, devido às repercussões sistêmicas da ME, a equipe de enfermagem deve controlar os parâmetros hemodinâmicos e possuir amplo conhecimento das drogas administradas e da fisiologia da ME, para prestar os cuidados adequados (SHEMIE et al., 2006). Recomenda-se um conjunto de ações que incluem recomendações para medicamentos hemodinâmicos (inotrópicos e vasopressores), gestão do respirador, terapia de reposição hormonal e apoio da termorregulação, conforme protocolos, para manter o potencial doador em condições fisiológicas adequadas (DARE; BARTLETT; FRASER, 2012; YOUN; GREER, 2014).

Quanto à dimensão bioética do cuidar, foram identificados estudos brasileiros que descrevem os conflitos éticos vivenciados por profissionais de saúde na gestão do cuidar de pacientes em ME (MENEZES et al., 2010; RODRIGUES FILHO; JUNGUES, 2015; RODRIGUES et al., 2013). Esses estudos enfatizam a não aceitação da ME, pelo fato do paciente ser considerado clinicamente morto, embora apresente características de uma pessoa viva. Com isso, muitas vezes, os profissionais compreendem equivocadamente que ele não necessita de cuidados e se mantêm afastados, assim como de seus familiares. Em situações mais críticas,

chegam a negligenciar o atendimento a essas pessoas (ARAÚJO; MASSAROLLO, 2014; CAVALCANTE et al., 2014).

Estudo etnográfico desenvolvido com o objetivo de descrever a vivência da equipe de enfermagem no cuidado de potenciais doadores de órgãos evidenciou que as pessoas em ME eram menos assistidas pela equipe, que as via apenas como corpos e não como indivíduos a serem cuidados (LEMES; BASTOS, 2007).

Nesse sentido, alguns aspectos são considerados fundamentais para tornar a gestão do cuidar do indivíduo em ME mais eficiente e humanizada, dos quais podem ser destacados: articular melhor os benefícios proporcionados pelos profissionais de saúde aos pacientes por meio de uma relação interpessoal mediada pelos cuidados e incentivar que os sistemas de saúde valorizem mais as relações terapêuticas entre profissionais e pacientes, pois ambos os fatores podem favorecer aspectos emocionais entre todas as partes envolvidas e tornar os cuidados voltados à saúde mais consistentes (BRIDGES et al., 2013).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso qualitativo e interpretativo. Esse tipo de investigação científica estuda um fenômeno contemporâneo em profundidade em seu contexto natural, além de explorar grupos ou experiências relacionadas tanto à saúde quanto à doença nos casos em que o atual entendimento parece inadequado (RICHARDS; MORSE, 2012). A preocupação central reside em compreender o fenômeno, que pode ser simples ou complexo, individual ou coletivo, desde que constitua uma representação singular da realidade, que é multidimensional e historicamente situada (STAKE, 2000; YIN, 2010).

Essa abordagem metodológica é bastante pertinente para o estudo de fenômenos complexos como a gestão do cuidado em saúde e permite que o pesquisador explore a percepção dos indivíduos e das organizações por meio de técnicas de coleta de dados capazes de aprofundar o conhecimento sobre a realidade social que circunda o fenômeno investigado (ANTHONY; JACK, 2009; BAXTER; JACK, 2008).

Nesta pesquisa, os casos estudados estiveram relacionados à complexa realidade social vivenciada por profissionais de saúde atuantes em UTI diante da gestão do cuidado de pessoas com diagnóstico de ME.

4.2 Contexto e participantes

Explorou-se o contexto de cuidar de pessoas em ME em uma instituição hospitalar pública de grande porte no município de Goiânia-GO, referência para o atendimento de vítimas de emergências traumáticas em toda a região Centro-Oeste. Nessa instituição, são atendidos exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde.

O Hospital dispõe de 57 leitos de UTI divididos em quatro unidades denominadas UTI-1, UTI-2, UTI-3 e UTI-4. Optou-se por desenvolver o estudo na UTI-3, por ser especializada no atendimento a pacientes neurológicos e na qual têm sido observadas elevadas taxas de ME.

O quadro de profissionais de saúde que atuam nessa unidade é composto por dois médicos coordenadores, 28 médicos plantonistas, uma coordenadora de enfermagem, 11 enfermeiros assistenciais e 42 técnicos de enfermagem, totalizando de 84 funcionários.

Os participantes foram os profissionais de saúde atuantes na UTI que atenderam ao seguinte critério de inclusão: ter, no mínimo, seis meses de experiência em terapia intensiva. Foram excluídos os profissionais em gozo de férias, licença-maternidade e paternidade ou licença-médica no período da coleta de dados.

Para identificação dos potenciais participantes, inicialmente foi definido o grupo social e fez-se uma aproximação com o campo hospitalar. Com base na lista obtida na gerência de enfermagem, foram identificados os profissionais que atendiam ao critério de inclusão.

A definição do número de participantes deu-se de maneira intencional e o critério adotado foi o de saturação teórica. Essa etapa ocorreu de modo processual, mediante o processo simultâneo de coleta e análise preliminar dos dados. Para definir o alcance da saturação, consideraram-se os seguintes aspectos: o âmbito do estudo, a natureza do tema, a qualidade dos dados, o desenho do estudo e a profundidade dos dados obtidos de cada um dos participantes (MORSE, 2000; MORSE, 2015).

Desse modo, participaram do estudo 22 profissionais intensivistas, dos quais seis eram enfermeiros, seis médicos e dez técnicos de enfermagem.

4.3 Coleta de dados

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), sob protocolo nº CAAE: 59734816.0.0000.0037 (ANEXO A), e pelo Comitê da instituição coparticipante, sob protocolo nº 59734816.0.3001.0033 (ANEXO B), como previsto na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Todos os participantes foram submetidos ao processo de consentimento livre e esclarecido e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

A coleta de dados ocorreu de janeiro a junho de 2017. Uma vez obtido o consentimento verbal, agendou-se o primeiro encontro com os participantes para a leitura do TCLE (APÊNDICE A). Após o consentimento formal, iniciou-se a primeira

entrevista, na qual foram coletadas informações referentes a dados socioeconômicos, idade, sexo, profissão, tempo de formação, tempo de atuação em UTI, tempo de atuação na instituição pesquisada, formação específica em UTI, áreas de pós-graduação, regime de trabalho na instituição e carga horária. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais, face a face e em profundidade com os profissionais intensivistas que vivenciavam a experiência de cuidar de pessoas em ME.

Todas as entrevistas foram realizadas em local privativo e agendadas conforme a disponibilidade dos participantes, sempre com a preocupação de manter a dinâmica de trabalho na UTI, ou seja, de não interferir nas atividades profissionais.

As entrevistas foram conduzidas por um roteiro semiestruturado contendo as seguintes questões norteadoras: Conte-me a sua experiência no processo de cuidar de pessoas em ME? O que significa para você cuidar de pessoas em ME? Quais desafios a equipe multiprofissional que atua na UTI enfrenta no processo de cuidar de pessoas em ME? (APÊNDICE B). Ao todo, foram realizadas 23 entrevistas, algumas para complementação de informações relacionadas à experiência de cuidar de pessoas em ME.

As entrevistas foram gravadas com auxílio de um gravador de áudio e salvas em modo MP3, mediante o consentimento dos participantes e, posteriormente, transcritas na íntegra para a análise dos dados. Cada uma delas foi identificada apenas numericamente, para o controle da pesquisadora e a fim de garantir o anonimato dos participantes, por meio de letras e números referentes a cada um dos participantes: E1(Enfermeiro 1), M1 (Médico 1) e TE1 (Técnico de Enfermagem 1). O tempo de duração de cada entrevista variou de 30 minutos a 1 hora e 50 minutos.

Os dados permanecerão arquivados com a pesquisadora por um período mínimo de cinco anos e, após, o material será incinerado.

4.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da análise temática interpretativa, conduzida nas seis etapas recomendadas por Braun e Clarke (2006): familiarização com os dados; identificação dos códigos; agrupamento dos códigos em núcleos temáticos; revisão dos núcleos; definição e nomeação final dos núcleos; elaboração

da descrição e interpretação dos significados expressos sobre a experiência vivenciada pelos profissionais de saúde.

A análise qualitativa dos dados objetiva alcançar a compreensão das narrativas dos participantes de forma que os contextos sejam aprofundados de maneira sistemática, minuciosa e rigorosa. Busca apreender os significados atribuídos aos discursos dos participantes (MINAYO; DESLANDES, 2008) para melhor compreendê-los, ou seja, intenciona colocar-se no lugar do outro, evidenciando a singularidade do indivíduo e contextualizando a experiência e a vivência de uma pessoa. Em outras palavras, considera seus aspectos biopsicossocioculturais (MINAYO, 2012).

Essa etapa é a mais complexa da pesquisa, pois exige interpretação exaustiva por meio da leitura, organização e busca de padrões iguais e diferentes narrados pelos participantes e que devem ser contextualizados à luz do referencial teórico adotado (MINAYO; DESLANDES, 2008).

O zelo pelo rigor da investigação esteve presente durante toda a construção do trabalho, desde a identificação de possíveis participantes até a elaboração dos estudos de casos. A análise considerou a descrição dos dados e a interpretação de seus significados no contexto investigado.

Para análise qualitativa, não existem maneiras ou padrões específicos. O processo depende do próprio pesquisador, do seu raciocínio para demonstrar evidências marcantes e de interpretações acerca dos discursos. Cada pesquisador deve desenvolver suas estratégias de análise conforme o conjunto diversificado de evidências que vão sendo apreendidas (YIN, 2010).

Neste estudo, a análise ocorreu por meio da imersão nos dados de maneira intensa e profunda. Após a transcrição das entrevistas, houve a redução e organização dos dados. Inicialmente, realizou-se uma leitura compreensiva do conjunto selecionado para apreender especificidades, convergências e divergências entre as falas dos participantes (MINAYO; DESLANDES, 2008). À medida que se aprofundava a leitura dos dados, identificavam-se as unidades de significados, formadas por fragmentos textuais representativos expressos pelos participantes, da realidade social vivenciada. Em seguida, as unidades semelhantes foram agrupadas em núcleos temáticos.

Após a definição de núcleos temáticos, procedeu-se à interpretação dos resultados com base na narrativa dos participantes, nas percepções e reflexões da pesquisadora e mediante a comparação dos dados com as evidências de outros

estudos desenvolvidos com objetivos semelhantes. A ferramenta principal foi a técnica de comparação constante, que permitiu destacar as semelhanças e as diferenças e, assim, obter conclusões que foram contextualizadas e contrastadas com as de outros estudos, assim como a experiência dos pesquisadores (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007; MILES; HUBERMAN; SALDAÑA, 2014).

5 RESULTADOS

5.1 Características dos participantes

Participaram do estudo 22 profissionais: dez técnicos de enfermagem, seis médicos e seis enfermeiros, dos quais apenas um era do sexo masculino (enfermeiro).

A idade dos participantes variou de 25 a 60 anos. Verificou-se que quatro técnicos de enfermagem, apesar de exercerem essa função na instituição, possuíam o nível superior em enfermagem. Dois médicos apresentavam título de especialista concedido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) para atuação em UTI, três enfermeiros eram especialistas em UTI e os demais possuíam especialização em ginecologia e obstetrícia, saúde pública, enfermagem do trabalho, residência em clínica médica e cardiologia ou em neurologia.

O tempo de formação profissional variou de quatro a 30 anos, o de atuação em UTI, de seis meses a 30 anos, e o de atuação na instituição, de seis meses a 29 anos. Prevaleceu a jornada de trabalho de 30 horas semanais (59%), pelo fato da maioria ter vínculo empregatício de estatutário junto à instituição. Apenas um médico (4,5%), apresentou dois vínculos empregatícios com a instituição e cumpria carga horária semanal de 40 horas. Da amostra, um médico participava do Programa de Residência em Neurologia, com carga horária semanal de 60 horas.

A tabela 1 apresenta as características dos participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Descrição dos dados sociodemográficos dos 22 participantes da pesquisa. Goiânia-GO, 2017

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Sexo		
Feminino	21	95%
Masculino	1	5%
Faixa etária		
25-30 anos	1	5%
31-40 anos	13	59%
41-50 anos	6	27%
51-60 anos	2	9%
Profissão		
Enfermeiro	6	27%
Médico	6	27%
Técnico de Enfermagem	10	46%
Tempo de formação profissional		
4-10 anos	7	32%
11-20 anos	11	50%
21-30 anos	4	18%
Tempo de atuação em UTI		
6 meses - 5 anos	8	36%
6- 10 anos	5	23%
11-20 anos	7	32%
21-30 anos	2	9%
Anos trabalhados na instituição		
6 meses - 5 anos	9	41%
6 -10anos	2	9%
11-20 anos	9	41%
21-30 anos	2	9%
Jornada de trabalho		
30h	13	59%
6h	1	4,5%
20h	4	18%
40h	1	5%
44h	2	9%
60h	1	4,5%
Regime de trabalho na instituição		
Estatutário	13	59%
Celetista	7	32%
Residência em Neurologia	1	4,5%
Projeto NCAP (PROAD-SUS)	1	4,5%

5.2 A gestão do cuidar de pessoas em morte encefálica

Por meio da análise interpretativa foram construídos três núcleos temáticos relacionados à experiência vivenciada por uma equipe intensivista no processo de cuidar de pessoas em ME. Esses núcleos foram: A dimensão técnica do cuidar de pessoas em ME: avanços e dificuldades; O desafio para lidar com a morte e o morrer; A abordagem familiar no contexto da ME.

Optou-se por descrever os núcleos temáticos separadamente, mas considera-se que são fenômenos inter-relacionados e, portanto, compreendê-los demandou leitura crítica e revisão permanente do elo existente entre cada um dos temas apresentados no decorrer desta análise.

5.2.1 A dimensão técnica do cuidar de pessoas em ME: avanços e dificuldades

Este núcleo temático reuniu os sentidos e significados atribuídos à dimensão técnica do cuidar de pessoas em ME. Os participantes descreveram o período antes e após a organização e instituição do protocolo de ME, por eles considerado um marco. Os profissionais destacaram que, em 2014, após a implantação da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), foram estabelecidos novos procedimentos operacionais que contribuíram para a superação das lacunas e desenvolvimento de habilidades para lidar com a dimensão técnica, em especial no que se refere a aspectos pertinentes ao diagnóstico de ME e à manutenção da estabilidade hemodinâmica do paciente.

Os participantes mencionaram que, antes da implantação da CIHDOTT, observavam discriminação do paciente logo após ser diagnosticado com ME, pois era relegado pela equipe, que não priorizava seus cuidados, ou abandonado pela família ou por ambos. Passava, então, a ser visto apenas como um “corpo” que ocupava um “leito” desnecessariamente, conforme é possível observar nas falas a seguir:

[...] O paciente em morte encefálica, a gente falava que ele estava em coma **DEPASSÉ!** Este paciente era realmente discriminado dentro da terapia intensiva, tanto pela parte médica como pela parte de enfermagem! A equipe achava desnecessário cuidados com higiene, isso me chamava muito atenção! **(M4)**

[...] Paciente entrava em morte encefálica e deixava os órgãos entrar em falência! [...] O paciente em morte encefálica é um corpo, que está naquele

leito! Às vezes até ocupando um leito que poderia ser aproveitado para um paciente que tinha prognóstico! **(TE4)**

[...] Antes não tinha isso (protocolo) aqui! [...] Eles morriam! [...] A gente não tinha esse cuidado específico com a morte encefálica! [...] **(TE8)**

[...] Quando você sabia que paciente era paciente de morte encefálica [...] Ele ficava até os órgãos pararem de funcionar ou até os médicos irem e desligar o ventilador! [...] Não tinha muito cuidado! **(TE 10)**

Muitos profissionais interpretavam ME como simplesmente deixar morrer, antes da CIHDOTT. O protocolo não era implementado e, embora o exame físico fosse feito para confirmação, não havia padronização do atendimento em termos da realização de exames clínicos e complementares em intervalos regulares. Era comum esperar e deixar que os órgãos do paciente entrassem em falência. Cada profissional adotava uma conduta e o abordava da forma como preferia. Não havia preparo da equipe ou cursos de capacitação para o correto manejo desse paciente:

[...] Antigamente não tinha protocolo! [...] Não tinha nada! [...] A pessoa achava que o paciente estava em morte encefálica, mas não era feito um exame! [...] Não tinha esse protocolo de manter o potencial doador! Isso começou depois! **(M2)**

[...] Antes o médico olhava e falava: está evoluindo, mas demorava muito! [...] Eu não sei por que demorava tanto para fazer o diagnóstico! [...] Não chegava a fazer o diagnóstico da morte encefálica a tempo! **(E4)**

[...] Era muito complicado, muito difícil! [...] Cada um fazia da maneira que aprendeu ou que teve interesse em aprender! [...] Muitos colegas não entendiam porque eu investia tanto nele, mas não era tanto nele, era tanto na extensão que ele poderia ser! **(M4)**

[...] Antes era meio, tipo que a gente tivesse fazendo uma eutanásia né? Dava uma impressão assim, porque você não tinha um protocolo que certifica que realmente aquilo ali estava correto, não tinha um exame de eletroencefalograma para saber realmente se não tinha fluxo cerebral. **(TE5)**

[...] Não tinha o protocolo! [...] Assim era morte encefálica, o pessoal não sabia os protocolos, os médicos não sabiam! [...] Eles ficavam na dúvida se desligava ou não o aparelho! [...] Tinha profissionais que desligavam porque já conheciam o processo, os protocolos, outros não! [...] Eu comecei a trabalhar com paciente em morte encefálica aqui, nós não tivemos nenhum curso que te mostrasse como que é ali o trabalho [...] Nós não tivemos nenhuma preparação! [...] Eu ficava chocada quando desligavam o aparelho, não faziam os exames específicos, exames clínicos, eu ficava assustada, mas eu, como técnica de enfermagem, não tinha muita voz! [...] Eu olhava aquela situação e não podia fazer nada, não tinha como intervir, saber se estava correto, a gente não tinha conhecimento! **(TE10)**

[...] Antes, na verdade, não funcionava! [...] [...] Ele ficava ali como não tinha os exames para captação de órgãos. O doutor desligava o aparelho e o paciente evoluía para óbito! **(TE 4)**

[...] Nesta época ainda não tinha o protocolo aqui! [...] Não fazia os exames direitinho! [...] Não tinha o pessoal do transplante! [...] Quando falava morte encefálica, pra gente não era morte, a gente olhava o coração batendo, os sinais estavam todos lá, então não tínhamos essa visão de morte! **(TE9)**

[...] Antes não tinha esse processo de doação aqui! [...] A gente não tinha um cuidado específico com a morte encefálica! [...] Perdia muitos pacientes que tinham chance de doar e não doava, morriam! **(TE8)**

Avanços foram observados após a criação de uma UTI especializada em neurologia e, principalmente, atuação da equipe da CIHDOTT, pois ações sistematizadas puderam ser instituídas, o que permitiu melhor organização dos procedimentos e uma visão mais ampliada da ME. Assim, após essas medidas, os participantes relataram mais agilidade no estabelecimento do diagnóstico de ME, por ter sido abreviado o tempo para realização de procedimentos operacionais focados na captação de órgãos e na abordagem familiar, na comunicação e determinação da morte e, sobretudo, para obtenção de consentimento e autorização para captação de órgãos para transplantes, quando indicado. Este foi um aspecto bastante ressaltado:

[...] Eu acho que de cinco anos ou menos que isso mudou! Começou um ano antes da CIHDOTT! [...] a forma como é abordada hoje não era a forma que era abordada há cinco anos aqui no hospital! **(M2)**

[...] O protocolo da AMIB foi implantado no Hospital! Desde então, teve muita melhoria na questão da manutenção! [...] Hoje em dia é mais precoce os médicos, os enfermeiros até mesmo os técnicos já estão tendo essa questão de identificar um potencial doador, às vezes eu estou no corredor passando, aí já falam: olha, tem um potencial doador para você em tal lugar! **(E1)**

[...] Hoje o médico faz a tomografia, o paciente abriu a pupila já começa a fazer o protocolo! [...] Já desliga a sedação, aguarda às 24 horas, faz os testes, pede o eletroencefalograma e diagnostica, diagnosticou já aborda a família! **(E4)**

[...] Hoje é feito com seriedade o trabalho, tem toda uma equipe, um protocolo, as leis, não é feito assim do nada! **(TE6)**

[...] Começaram a fazer protocolo à abertura, depois de seis horas! Chama o Neuro, ele vem, fecha o protocolo! Depois chama a equipe do eletroencefalograma para fazer o eletro! **(TE5)**

[...] Hoje é bem diferente, é bom a gente ver que, ultimamente, está tendo muitos casos que estão doando os órgãos! [...] [...] Foi um avanço muito grande para o hospital. Melhorou 100%! **(TE 8)**

Outro aspecto mencionado foi à organização dos treinamentos para melhor capacitação da equipe multiprofissional, com ênfase nas etapas do protocolo de ME. Com isso, principalmente os membros da equipe de enfermagem, passaram a

entender o protocolo com mais naturalidade e seriedade. De acordo com os participantes, se antigamente havia a sensação de estarem praticando a eutanásia, hoje compreendem com maior segurança o diagnóstico, bem como a complexa situação envolvida nesse contexto:

[...] Hoje sim, a gente teve treinamentos e têm os protocolos, a gente acompanha os médicos, abrir protocolos e fechar! Vem à equipe do eletro, então assim é comprovado! **(TE9)**

[...] Hoje eu já vejo com mais naturalidade! Porque eu fui vendo a maneira que é feito, a seriedade no trabalho tem toda uma equipe! [...] também tem todos os exames que são feitos eu já vejo de outra maneira eu achava que era balela isso! Fui vendo a seriedade do trabalho, todos os protocolos, realmente é uma coisa que funciona que é verídica! **(TE6)**

Os médicos também referiram que a instituição do protocolo proporcionou à equipe mais segurança para lidar com o complexo processo de diagnóstico de ME e pontuaram a necessidade de maior rigor e segurança para essa confirmação. Alguns enfatizaram a importância de olhar para “o paciente e não para a ME”.

Reiteraram que, por meio do protocolo, são seguidas as recomendações preconizadas, embora não seja fácil estabelecer este diagnóstico:

[...] Realizar de forma sistemática esse protocolo! [...] [...] Abre-se o protocolo de forma correta seguindo todas as etapas! Confirma com o exame e comunica a família! [...] a primeira preocupação que a gente, enquanto intensivista tem é tentar reverter esse processo, se existe alguma possibilidade de reversão do processo, quando você vê que não tem possibilidade, você começa a preparar o paciente para poder fazer o protocolo [...] [...] se você vê que não foi possível reverter, está evoluindo, assim seguir o protocolo a rigor [...] Quem vai confirmar a morte encefálica é um exame complementar! [...] Ter um exame que confirma que tem inatividade cerebral, que não tem fluxo cerebral, pronto! Você não tem dúvida, morreu! Está morto! **(M5)**

[...] Se o paciente evoluir de novo com suspeita de ME, se ele tiver condições de abrir o protocolo, abre! [...] A prioridade não deve ser a morte encefálica! A prioridade é o paciente, entendeu? Se ele ainda tiver condição de reverter porque, quando fala que está com suspeita de ME, pronto. [...] Se há suspeita, você tem que abrir para tirar ou não a suspeita! [...] Se tem dúvida, não fecha o protocolo, porque a partir do momento que você fechou você está dando o atestado de óbito para o paciente, pela Lei você está autorizado a ir lá e desligar o ventilador! [...] Então, se houver qualquer dúvida, não deve se fechar o diagnóstico! **(M6)**

[...] É um diagnóstico muito complicado! [...] Seguir o protocolo a risca por ser um diagnóstico complicado! [...] Às vezes, a gente já até cancelou protocolo de colegas, por você ver que ele não fez o exame. Às vezes, até o próprio Neuro! [...] Então, assim, a gente cancelava e abria de novo! **(M3)**

[...] A partir do momento que você tem um paciente que ele tem os critérios clínicos de morte encefálica, se você vai suspender a sedação, aguardar

aquele período que inicia o diagnóstico, feito o primeiro exame do protocolo, o segundo exame e o exame complementar [...] O processo de conclusão desse diagnóstico é muito técnico! (M1)

Os participantes assinalaram algumas dificuldades técnicas para o cumprimento das etapas operacionais do protocolo de ME que atrasam a confirmação diagnóstica. Para alguns, o protocolo brasileiro é muito restritivo e burocrático. Além disso, destacaram controvérsias no método diagnóstico de ME (teste de apneia) e nas condutas adotadas por diferentes médicos, o que gera dúvidas e insegurança para a equipe quanto à adequação do plano terapêutico instituído. Diversos depoimentos destacaram este aspecto:

[...] O protocolo brasileiro, ele é um protocolo até muito restritivo! [...] Tem pacientes com morte encefálica que, às vezes, você acaba que tem que esperar mais tempo para poder atingir as regras do protocolo brasileiro! [...] Alguns pacientes a gente sabe que tem todo o critério para o diagnóstico de morte encefálica, mas você não pode completar o protocolo porque, legalmente, você não pode tomar conduta nenhuma, você vai deixar o paciente vegetando até ele parar sozinho! Mas, legalmente, nós não podemos! (M5)

[...] Acho que esses protocolos são muito burocráticos, e até que resolve, define tudo, demora e acaba perdendo o paciente! (TE 8)

[...] O tempo do processo aqui no hospital é muito prolongado, por exemplo: abriu o protocolo hoje às 10 horas da manhã, às 15 horas faz o segundo exame, mas sempre a gente precisa de outro profissional! [...] Um neurologista! [...] Às vezes, esse neurologista está em centro cirúrgico, isso vai prolongar mais ainda o tempo! (E1)

[...] Acho que a dificuldade maior já começa daí também! [...] Que vai atrás de um Neuro, o Neuro não pode! [...] Aí vai reclamar, porque que o protocolo era para ter sido aberto ontem e não foi aberto porque o outro Neuro não teve tempo, eu acho um dos maiores problemas é esse! (TE 1)

[...] Agilizar a questão do diagnóstico, porque, muitas vezes, é isso que atrasa, porque essa dependência de Neuro! [...] [...] O problema é que aqui é um hospital de urgência, de trauma, então, assim, a gente vai atrás do Neuro, está no centro cirúrgico, não tem muito que fazer, tem que esperar o Neuro! (M3)

[...] A questão do teste de apneia, que pode piorar o edema cerebral, só parte para o teste de apneia se realmente tiver uma alta suspeita já com todos os outros reflexos abolidos! [...] Você aumenta a hipercapnia, você está aumentando o edema cerebral, se o paciente está para morrer você termina de matar, está na beira do abismo você empurrou ele! (M5)

[...] Conheço neurologistas que se recusam a fazer um teste de apneia! [...] Se ele fizer o teste de apneia, o paciente não estiver morto ele vai acabar de morrer! [...] O protocolo tinha que ser um só para todo o Brasil, para facilitar e diminuir as discussões que iriam continuar do mesmo jeito! (M6)

A falta de equipamentos para manter a estabilidade hemodinâmica do paciente em ME, em especial o aquecimento, prejudica a manutenção hemodinâmica adequada e, portanto, limita a possibilidade de captação de órgãos para transplante, quando indicado, conforme se observa a seguir:

[...] A questão da hipotermia! [...] A manta térmica nós não temos no hospital! [...] A gente tem que recorrer para o que tem! [...] Então é cobertor, é soro aquecido, e demora de 1 a 2 dias para aquecer esse paciente! **(E1)**

[...] Demorou tanto tempo para conseguir fechar definitivamente aquele protocolo, para você manter esse paciente estável! [...] [...] Então, às vezes, é 24 até 48 horas que você fica ali no pé para manter aquele paciente estável com droga vasoativa! **(M5)**

[...] Ainda tecnicamente nós falta muita coisa, porque mesmo que você saiba que o paciente está evoluindo em morte, se ele tiver hipotermia você não pode começar a fazer o protocolo! [...] Não temos como aquecer este paciente de uma forma digna, às vezes assim de uma forma muito ainda, arcaica! **(M4)**

[...] O paciente está morto! Você manter um morto, vivo entre “aspas” não é fácil! [...] Não tem manta térmica na maioria dos lugares! [...] A gente coloca saco de lixo às vezes para usar o plástico para ver se consegue aquecer os pacientes! [...] A gente não consegue é manter o paciente estável! **(M6)**

Muitos citaram o déficit de conhecimento técnico científico dos profissionais de saúde para cuidar de pessoas em ME. Apontaram também aspectos relacionados à ausência de discussão sobre o tema durante a formação desses profissionais, tanto no âmbito da graduação como de pós-graduação:

[...] Não era comentado, não tinha nada específico, passava muito por cima, então não tinha aquela coisa aprofundada, no estágio a gente não pega isso! [...] Foi quando eu assustei, quando comecei a trabalhar aqui, aí eu, morte encefálica? Como assim? **(E6)**

[...] Eu aprendi isso como residente de Neuro! [...] Eu saí da faculdade 6 anos de formada sem saber! [...] Não é falado na faculdade! [...] É muito mais superficial. [...] Na faculdade, eu não lembro ter tido contato! [...] Se eu fui ver isso quando era residente, e quem faz residência é minoria. [...] Imagine a maioria dos médicos que não fazem residência? [...] A maioria dos médicos não tem contato com essa realidade! **(M6)**

[...] Falta também receber alguma coisa falando em relação a ME dentro da nossa faculdade. Porque eu me formei e nunca escutei falar lá dentro da nossa universidade, o que era ME, o que era paciente em ME, tanto que, quando eu cheguei aqui que me deparei! **(E3)**

[...] Tinha que ter mais preparo, até mesmo nas faculdades porque, assim, eu vejo morte encefálica aqui no hospital, não vejo em faculdades! [...] Facilitaria porque, se você estudasse, quando você se deparasse em seu ambiente de serviço estaria mais preparado para os cuidados e você divulgando popularmente, as pessoas chegam mais preparadas! [...] Não existe conhecimento da população sobre doação e o que realmente é a morte encefálica! **(TE10)**

Alguns participantes pontuaram a dificuldade de compreender e lidar com o diagnóstico de ME e propuseram a implementação de práticas educativas voltadas à temática no espaço hospitalar. Além disso, reiteraram a necessidade de divulgar mais amplamente o conceito para o público em geral, por meio de campanhas educativas nas mídias, redes sociais, etc. Os trechos a seguir expressam esta preocupação:

[...] Precisa mais esclarecimentos, precisa mais de estudos científicos! [...] Precisa mais de capacitação para nós! [...] Porque a gente vive isso na realidade de todos os plantões praticamente, eu acho que tinha que ter uma capacitação mais científica, não tão para o lado técnico da gente só auxiliar o médico! **(TE5)**

[...] Precisa um conhecimento maior das pessoas sobre morte encefálica! [...] A conscientização, a educação das pessoas. Primeiro as que trabalham dentro da área da saúde, ou seja, é preciso que as pessoas entendam o que é morte encefálica! [...] Precisa ser feito é uma campanha de educação do profissional da saúde, e uma campanha de orientação a população! **(M1)**

[...] Nós precisamos de profissionais qualificados! [...] [...] Porque tem profissionais que falam assim: eu não vou atender esse paciente agora, porque ele está morto! Primeiro eu vou atender os vivos para depois atender os mortos! **(E1)**

[...] Talvez se tivesse mais divulgação até nas mídias, na TV explicasse melhor! [...] E se fosse uma coisa que fosse ao longo do tempo talvez esse assunto seria abordado com mais facilidade. **(TE2)**

[...] A falta de conhecimento da equipe multiprofissional em relação à morte encefálica! [...] Fazer uma campanha, ensinando a nós população. O que é ME? O que pode ajudar um paciente em ME? Quantas vidas podem salvar? [...] A gente vê muita informação assim: Doem órgãos! Seja um doador de órgãos! Porque não tem uma informação: Você sabe o que é ME? Da ME que vai sair a doação de órgãos? [...] Acho que ME tem que ser vista pela população igual eles veem o que é AIDS, o que é doação de sangue! **(E3)**

[...] A população eles tem muita dúvida o que é a morte encefálica! [...] Como que a pessoa está morta mais está viva? Porque ali, para ele, está vivo, está tudo funcionando igual ele viu todos os dias na UTI, Então como que está morto? [...] Acho que esse trabalho com a população de uma forma geral, fazerem umas campanhas! [...] Ao invés só de estimular a doação tinha que explicar o que é a morte encefálica! **(M2)**

5.2.2 O desafio para lidar com a morte e o morrer

Para os participantes, lidar com a morte e o morrer na situação de ME é um processo emocionalmente desgastante para todos os envolvidos e demanda apoio psicológico. Relataram ser algo muito angustiante e não se sentirem bem com essa situação. Para alguns, trata-se de um sofrimento irreparável e muitos não estão acostumados ou preparados para lidar com a morte:

[...] Foi difícil no começo, agora estou acostumada, mais conformada! [...] Processo emocionalmente desgastante para toda equipe e familiares, nunca estamos satisfeitos com esse diagnóstico! [...] Não estamos preparados para a morte! [...] Não aceitamos a morte! **(M2)**

[...] Muito angustiante! [...] No início eu sofria mais! [...] Você tem que ser forte! [...] Às vezes, eu tenho insônia, ansiedade! [...] Aqui, geralmente, eu sou forte nesse sentido de conversar com a família, tudo mais! [...] Depois eu não consigo desligar às 19 horas e acabou! [...] Às vezes, eu tenho pesadelo! [...] Eu sou bem mole! (chorando e falando) **(M3)**

[...] É um momento muito sofrido, assim, para todo mundo, quando a família tem aquela notícia que o paciente está em morte encefálica, é muito ruim! [...] A gente não acostuma com isso, eu nunca acostumei! [...] Não dá para acostumar com a morte, é um momento muito dolorido, ali para família e a gente acompanha, eu tenho que sair de perto porque eu me emociono, eu sou mole! (nesse momento participante enche o olho d'água) [...] Eu saio de perto porque eu nunca acostumei! [...] A gente fica triste com o sofrimento da família! **(E4)**

[...] Cansada desta vida, porque lidar com dor, morte, violência, sofrimento não é fácil. Mesmo porque eu imagino que todo profissional da saúde deveria ser acompanhado de perto por um psicólogo, para se preparar melhor porque esta convivência é muito desgastante! Eu cheguei um momento em que eu tinha que dar notícia de morte encefálica eu ficava irritada! [...] Eu comecei a sentir um sentimento tão grande de raiva daquela hora, não sei se era raiva de eu ter que dar aquela notícia, se era raiva de não poder contestar, raiva de não poder ajudar, raiva de não poder fazer nada, eu fiquei com raiva muito tempo! **(M4)**

[...] É muito triste a gente se deparar com uma situação dessas, a gente sofre, a gente chora, nossa não é bom! **(TE7)**

[...] Na nossa cultura, as pessoas, em geral, não estão acostumadas a trabalhar com essa questão da terminalidade, eu acho que a grande questão do profissional é lidar com isso! **(M5)**

Como estratégia de enfrentamento, alguns procuram “não se envolver”, “não se apegar” a esses pacientes:

[...] Eu procuro não me envolver, porque eu acho que fica mais difícil se a gente tiver envolvimento! **(TE 9)**

[...] Eu não gosto, é meu estilo, acho que temos que separar o profissional com o pessoal, se você misturar daqui a pouco você nem sabe quem é você, eu já vi muito profissional doente porque se envolve demais, se apega demais! [...] Não gosto de envolver sentimentalmente! **(TE10)**

[...] A gente, como profissional procura não se envolver muito, porque se a gente envolver a gente acaba ficando louco, porque são tantos casos, tantas histórias, todos os dias o tempo inteiro, a gente procura manter o foco no profissionalismo, senão é complicado! **(TE6)**

De acordo com alguns participantes, após a conclusão do protocolo e confirmação de ME, o paciente passa a ser visto como um cadáver, um “objeto”, um corpo cujo coração bate apenas com o suporte de mecanismos artificiais. Assim, o cuidado deste corpo prioriza aspectos técnicos relacionados com higiene, aspiração,

mudança de decúbito e outros e objetiva melhorar a qualidade e segurança no processo de captação de órgãos para transplante. Trata-se de uma experiência bastante difícil, na percepção dos participantes:

[...] A partir do momento que você conclui o diagnóstico aquele paciente, deixa de ser um paciente, tanto que na nomenclatura a gente deve escrever cuidados ao cadáver! Era uma pessoa que estava viva até então concluir o protocolo e está morto! Está morto para enterrar! Está morto para poder doar o órgão! Está morto! [...] A gente deixa de tratar, você não cuida da pessoa em morte encefálica! [...] Porque ele deixa de ser um paciente! A gente começa a cuidar dos possíveis órgãos que podem ser doados! **(M1)**

[...] A partir do momento que você está com o diagnóstico, você passa a pensar nele realmente como um potencial doador e poder salvar outra vida! [...] A gente investe realmente! [...] Fazer tudo para manter! **(M3)**

[...] Se o protocolo já está concluído! [...] Eu entendo que aquilo ali já teve a terminalidade da vida! [...] Eu estou diante de um corpo que está com o coração batendo ligado no respirador! [...] Ele está morto! [...] Quando você fecha um protocolo de morte encefálica eu estou diante de um cadáver! [...] Se ele é um potencial doador, tudo por ele! Porque ele pode salvar muitas vidas, ele pode ajudar muita gente [...] Se ele não for doador, aí é só chamar a família avisar e entregar o corpo! **(M5)**

[...] O cuidado com o paciente ele é bem técnico [...] A gente é técnico! **(M1)**

[...] Até que o paciente seja entregue para família ou para doação a gente trata ele como um paciente viável! [...] A gente não diferencia! [...] O que se faz para um paciente em morte encefálica é o que se faz para os outros! **(M2)**

[...] É um cuidado tão importante quanto os outros, você não deixa de dar os cuidados para ele, por ele já está em morte encefálica! [...] Ele é um ser humano! [...] Cuidado igual! [...] Não tem diferenciação! **(E3)**

[...] O meu cuidar, minha assistência é a mesma coisa que vou fazer com outro que esteja vivo, banhar, medicar, é aspirar. Para mim, não tem diferença, cuido dele como se tivesse vivo! **(TE9)**

[...] A gente cuida normal, como outro paciente que está vivo mesmo, a assistência continua sendo integralmente independente de estar em morte encefálica ou não! [...] Eu não diferencio muito não, é a mesma coisa! **(TE6)**

[...] Acho muito importante o cuidado com o corpo desse paciente, a gente cuida naquela esperança em que a família vai doar os órgãos, na esperança que ele seja um doador! [...] É muito importante cuidar desse paciente! [...] [...] A gente tem que manter todos os órgãos assim da melhor forma possível! **(E4)**

[...] Ele tem uma visão melhor para nós de ser um potencial doador, então a gente tem o maior cuidado com esse paciente! **(E5)**

Para outros, lidar com a morte gera um sentimento de perda do paciente. Um dos momentos mais difíceis é quando se decide que os “aparelhos serão desligados”, pois a desconexão do ventilador é vista como uma medida crítica, delicada e angustiante, embora integre o protocolo de confirmação e, portanto, seja necessário

que todos os membros da equipe se conscientizem de ser um procedimento com respaldo legal. No entanto, apesar de reconhecerem esta necessidade, sentem desconforto com a situação. Nas palavras de um participante, é “como se o paciente estivesse na beira do abismo e você fosse lá e empurrasse ele”.

[...] A gente não se sente bem como pessoa, mas, como profissional a gente aceita né, tem que aceitar! [...] Uma sensação de impotência viu, porque é muito ruim, é uma sensação que não tem explicação, não tem sério! **(TE5)**

[...] Tenho a resistência em desligar o aparelho! [...] Já tive situações angustiantes de ficar até 40 minutos vendo o coração bater com aparelho desligado, pressão zero, saturação zero! **(M4)**

[...] Isso no início eu recusei algumas vezes a fazer mesmo! Porque assim, era uma coisa muito nova para minha cabeça! [...] Porque antes, não era muito bem definido! **(M3)**

[...] Eu teria dificuldade se eu tivesse que desligar o ventilador! [...] Exatamente porque, apesar de ter convicção que ele está morto e que ele não vai mais se recuperar, e ele não vai viver! [...] Eu não me acho no direito de determinar qual a hora que ele vai parar! **(M6)**.

[...] Se fosse para eu desligar o aparelho eu não sei se eu conseguiria! Me sinto um pouco angustiada nesse momento! [...] Faz parte do protocolo alguém falecer! [...] Isso é angustiante! [...] Então é um processo bem delicado para nós também! **(E5)**

[...] É muito estranho! [...] Eu não gosto nem de ver na verdade, o médico vai lá eu nem olho! [...] Mas é muito ruim, aquele negócio de ir lá, dá impressão que matou o paciente! [...] Eu acho uma coisa muito estranha, porque o coração está batendo, aí você vai lá e desliga o aparelho, não dá! **(E4)**

[...] Não tem mais o que fazer! [...] Mas parece que eu estou acabando de empurrar! É como se você estivesse na beira do abismo e eu fosse lá e te empurrasse, entendeu? **(TE1)**

[...] Eu sentia como assim: se ele estivesse com o pé na cova e você empurrasse para dentro, para ser mais franca a expressão que a gente usa! [...] Meu Deus, ele está ali, ele está quase indo eu que vou dar o empurrão final? **(TE2)**

5.2.3 A abordagem familiar no contexto da ME

Nesse núcleo temático foram agrupados os sentidos atribuídos pelos participantes ao modo idealizado e vivenciado dos cuidados com os familiares de pessoas em ME. Foram descritos aspectos relacionados à necessidade de uma abordagem compreensiva e individualizada das famílias, em termos de acolhimento familiar para enfrentamento e compreensão do diagnóstico de ME.

De acordo com os participantes, a compreensão do diagnóstico de ME pelos familiares é um processo complexo e difícil. Muitas vezes, a família não é incluída no plano terapêutico nem acolhida da maneira correta.

[...] Acho que a conclusão final do processo de morte encefálica que eu entendo como enfermeira é acolher essa família! [...] Essa família, ela não é 100% acolhida! [...] Eu vejo que a família ela ainda fica desamparada! **(E5)**

[...] Essa família que não se sente acolhida com explicação, eu acho que o termo seja acolhida e esclarecida! [...] Se ela não se sentir acolhida e esclarecida pela instituição, ela não aceita! **(M5)**

[...] Eu sinto é essa falta de diálogo com a família, essa falta da assistência, desse acolhimento dessa família, dessa empatia com a família de se colocar no lugar desse familiar! **(E2)**

[...] Se é difícil até para gente acreditar que aquilo que está ali na nossa frente é um corpo, não é uma vida, imagina para família, que está vendo que o paciente está respirando, que, às vezes, ele está com febre, que está vendo que ele está comendo, que está mantendo a pressão, que está fazendo xixi! **(M2)**

[...] A família, muitas vezes, nem acredita, porque chega lá e vê o paciente respirando, com ventilador ligado, vendo o movimento do tórax sobe e desce, a pele está normal, coradinho, tem diurese, está se alimentando por sonda, aí não acredita! **(TE6)**

[...] A família não entende, a família é leiga, ela não entende! Ela está vendo o coração batendo, a frequência respiratória está normal, a oxigenação está normal, mas, ao mesmo tempo, você sabe que aquele paciente está em óbito! **(TE5)**

[...] Tem uma família que acaba de ter a notícia que aquele ente foi a óbito e, muitas vezes, isso gera uma série de reações que nem sempre estão esperadas! **(M1)**

[...] Como nós sabemos que ele vai morrer antes do exame, eu sempre procuro fazer essa manifestação de carinho e respeito [...] [...] Eu gosto de chamar a equipe e dizer para ele que a gente tentou, mas que somos limitados, mas que ele possa seguir tranquilo em paz fazemos uma oração conjunta mostrando para as pessoas que morte não é tão simples e natural como se imagina! **(M4)**

As lacunas do cuidado decorrentes do distanciamento da equipe, da falta de empatia e da ausência de uma comunicação eficaz com os familiares prejudicam o estabelecimento de vínculo afetivo e a construção de uma relação de confiança com os familiares. Consequentemente, a equipe de enfermagem acaba se ausentando do processo:

[...] A enfermagem não participa, infelizmente! Eu acho que os enfermeiros poderiam se preocupar um pouco mais com essa família! [...] Hoje a enfermagem é mecanicista, tecnicista! [...] Os parâmetros estão ali no monitor, o ventilador está funcionando, o paciente está sendo ventilado, com

parâmetros normalmente estáveis [...] Então, para enfermagem, isso acaba sendo indiferente! **(E2)**

[...] Pelo fato de ter muito tempo de UTI e de trabalho, a gente acaba fazendo as coisas mecanicamente, vai acostumando com as coisas e aqui é só tragédia, então acaba que a gente acostuma com isso, até com coisas ruins a gente se acostuma! É natural! Às vezes, não me comove! **(TE8)**

[...] Tem alguns médicos que são muito humanos, que conversam mais, tem outros que, às vezes, nem é por maldade, mas é porque se tornou tão natural aquilo ali, tão rotineiro, que você esquece que aquela família é a primeira vez que ela está vivendo aquilo! Então, cada caso é individualizado que você tem que tratar e acaba que se torna tão rotineiro que você não se importa com isso! **(E6)**

[...] Eu acho que, às vezes, falta humanização nesse profissional envolvido! [...] observar o sofrimento da família! [...] confortar essa família, porque depois que o paciente entrou em morte encefálica, não tem muito o que fazer! [...] eu penso que deveria ter um trabalho mais voltado para isso!! **(E3)**

Para os participantes, abordar a família com o propósito de comunicar essa notícia não é uma tarefa fácil, pois a maneira como isso será feito influenciará no processo de enfrentamento do luto e na tomada de decisão sobre a terapêutica. Assim, pontuaram a dificuldade de aceitação dos familiares e assinalaram a necessidade de serem melhor informados, em linguagem clara e objetiva, sobre o significado do diagnóstico e a conduta terapêutica. Em suas falas, os participantes expressaram compreender que a comunicação deste diagnóstico deve ser cautelosa, empática e sensível. Além disso, a equipe deve atuar em sintonia para atender às demandas dos familiares após o impacto desta notícia:

[...] A comunicação de como vai chegar e falar com esses familiares, não é uma comunicação igual a falar: ah, o paciente está grave! [...] Você comunicar à família que está em óbito, e você explicar isso, não é fácil! [...] Você tem que informar ele que, infelizmente, o parente evoluiu para uma morte encefálica, e sempre quando você tem aquela dificuldade da palavra morte encefálica! [...] Que a família não está entendendo muito bem, não caiu a real, foca sempre na palavra MORTE! É árduo, mas acho que isso é importante para família entender que está em morte! **(E1)**

[...] Em geral, nossa população não entende! [...] Tem muita dificuldade para entender! [...] Então você tem que ser, às vezes, até meio radical assim, está morto! Está respirando pelos aparelhos! Eles entendem quando você fala: olha, está mantido por aparelho! [...] Você não pode ficar falando muito morte encefálica! Porque você tem que explicar para família que morte encefálica é morte! **(M6)**

[...] A família é muito difícil! [...] [...] Esclarecer, explicar mesmo para família entender o que aconteceu! [...] Não deixar dúvidas! **(M3)**

[...] A equipe multiprofissional da nossa instituição tem que receber essa família, já explicando para ela o que está acontecendo [...] Deixar a família esclarecida sobre o que é ME, mas entendo também que é difícil [...] Como que você vai preparar uma família para ME, sendo que não foi declarada

ainda? Só é declarada após o EEG. Então, assim, realmente quando a família recebe essa notícia, eles não estão preparados psicologicamente, ninguém está né? Preparado para morte! Acho que nunca ninguém vai estar! **(E3)**

[...] A família não entende né, não dá para falar para a família que vai desligar o aparelho se o coração está batendo! **(E4)**

[...] Tem que ter uma sensibilidade muito grande para falar com essa família! Eu percebo nitidamente que, desde a hora em que eles recebem a notícia do agravamento do paciente do risco de morte encefálica, a forma como o médico aborda, ela muda totalmente a possibilidade dele ser ou não ser potencial doador, a família aceitar ou não que ele seja doador! **(M5)**

[...] A partir do momento que a gente já tem uma suspeita, eu comunico à família a suspeita da morte encefálica, mesmo que a gente esteja só no começo, que os protocolos ainda não tenham sido realizados [...] eu explico o que vai acontecer, como é o processo, quais exames serão realizados [...] Quando confirma a morte encefálica, a família pergunta: e agora, o que a senhora vai fazer? Vai desligar o aparelho? Essa pergunta ela é praticamente unânime! [...] Não temos um roteiro para abordar essa família, cada caso é um caso, então varia muito! **(M2)**

[...] A dificuldade maior é a falta de entendimento e conhecimento da própria família [...] Eles não entendem que morte encefálica é morte! **(TE8)**

Um dos aspectos vivenciados que mais dificultam essa etapa de suporte informativo é a necessidade de lidar com a esperança e a crença religiosa mesmo diante de uma situação de irreversibilidade do caso. Muitas vezes, essas famílias se apegam a essas crenças, o que dificulta abordá-las, tal como se observa nas falas a seguir:

[...] Eles (família) também acreditam no milagre de Deus! E quando eles têm esse pensamento do milagre de Deus, geralmente eles não são doadores, eles não aceitam fazer a doação de órgãos! [...] Deus vai fazer o milagre! **(TE4)**

[...] Algumas pessoas tem muita fé em Deus, a gente vê muito isso, e eu acho isso muito bom! Às vezes em ver que ainda tem pessoas que acreditam em Deus e, por outro lado, eu vejo que tem pessoas que não aceitam a situação! **(E6)**

[...] Não mais Deus vai fazer a obra! Ele vai levantar ele dessa cama! **(E3)**

[...] Tem família que fala: ah, mas Jesus ressuscitou Lázaro! Porque que não pode ressuscitar fulano de tal, né? Então isso é difícil da gente ficar controlando! **(E1)**

[...] Como profissional, eu sinto! Eu sinto a perda pela família, porque ali a gente sabe que ele não está sentindo mais nada, mas a família sente a dor né, de vê o paciente naquela situação! **(TE3)**

6 DISCUSSÃO

Verificou-se que a análise realizada neste estudo sobre a experiência do cuidar de pessoas em ME retrata uma realidade social que carece de fundamentação para a promoção de um cuidado técnico de qualidade, no sentido de contribuir para melhor captação de órgãos para transplantes. Além disso, evidencia dificuldades enfrentadas cotidianamente pelos profissionais da saúde para adoção de um modelo de cuidado centrado no paciente e na família, a fim de prepará-los para lidar com a perda e o luto relacionados a essa situação.

Em termos da dimensão técnica do cuidar de pessoas em ME, foram identificados avanços que favoreceram normatizar e implantar protocolos assistenciais para definição do diagnóstico de ME, com forte ênfase na possibilidade de captação de órgãos para transplante. Nesse contexto, os serviços de saúde, em especial as equipes intensivistas, tiveram que aprofundar nas questões relacionadas a ME, na tentativa de terem uma definição precoce do diagnóstico de ME, sendo esta a situação com maior potencial para a captação de órgãos.

No entanto, apesar da definição de diretrizes para esse tipo de atendimento, o processo para a conscientização do significado de ME como uma situação complexa, com demandas de cuidado tanto técnico quanto relacional humanístico, ainda representa um grande desafio para as equipes intensivistas.

Paralelamente, o critério diagnóstico de ME, apesar de minuciosamente descrito nas normatizações nacionais e internacionais, ainda se mostra permeado por dúvidas, ambiguidades e controvérsias, em especial no que se refere ao processo de confirmação diagnóstica (ARAÚJO; MASSAROLLO, 2014; CHUA et al., 2015; LAGO et al., 2007; NIKAS; BORDLEE; MOREIRA, 2016; NOWAKA; FITZNER; OWSKI, 2016; RÍOS et al., 2014).

Estudos têm demonstrado que os médicos intensivistas e neurologistas apresentam dificuldades para estabelecer a confirmação diagnóstica consistente e, muitas vezes, não compreendem claramente os testes diagnósticos (JOFFE, 2012; MAGALHÃES; VERAS; MENDES, 2011), o que prejudica a gestão do cuidar e compromete a segurança do estabelecimento de um plano terapêutico compreensivo, que contemple as complexas demandas de cuidado decorrentes dessa situação.

Acresce-se que a ausência de gestão do protocolo de ME por equipes que atuem de forma integrada, nas quais médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes

sociais trabalhem em sintonia, motivados pela missão de acolher e incluir a família ao longo de todo esse processo dificulta ainda mais o esclarecimento sobre os desfechos relacionados a esse protocolo.

Considera-se que grande parte da dificuldade de aceitação desse diagnóstico decorra do conceito de ME ainda não estar devidamente incorporado à formação dos profissionais de saúde (FREIRE et al., 2012; MARTINÉZ et al., 2015). No Brasil, poucas instituições de ensino de graduação e pós-graduação aprofundam e capacitam seus profissionais para o processo de cuidar de pessoas na situação de ME e posterior captação de órgãos (COSTA; COSTA; AGUIAR, 2016).

Diversos estudos assinalam a necessidade dos estudantes da área da saúde, particularmente médicos e enfermeiros, compreenderem, no decorrer de sua formação, a importância de estabelecer protocolos sérios, bem conduzidos, e adotar condutas adequadas, em acordo e mediante discussão com todos os envolvidos nesse processo, inclusive os familiares (ANNADURAI; MANI; RAMASAMY, 2013; SOBNACH, et al., 2016).

Da mesma forma, o diagnóstico de ME precisa ser entendido e conhecido por médicos e enfermeiros intensivistas, por se tratar de um conceito relativamente novo, pouco divulgado na sociedade e, portanto, ainda não bem assimilado pelos profissionais de saúde (SHABANZADEH et al., 2009; VLAISAVLJEVIĆ et al., 2014). Nesse sentido, o uso de simulações realísticas e a oferta de cursos formais acerca do tema permitirão avaliar e aprofundar o conhecimento, assim como definir um modelo eficaz a ser empregado nessas situações, a fim de padronizar condutas entre os profissionais (GHOSHAL; GREER, 2015).

Neste estudo, foram destacados avanços decorrentes da obrigatoriedade das instituições de saúde implantarem comissões para a doação de órgãos após a publicação da Portaria n. 1.752/2005 (BRASIL, 2005). Assim, são funções desta comissão: organizar, no âmbito dos estabelecimentos de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos; criar rotinas para oferecer aos familiares a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos, nos casos em que os pacientes falecidos não forem potenciais doadores de órgãos; articular-se com as equipes médicas, especialmente das unidades de tratamento intensivo e urgência e emergência, com o objetivo de identificar potenciais doadores e zelar para que recebam o suporte adequado para fins de doação, além de outras atribuições (MOURA; SILVA, 2014).

Nesse contexto, os profissionais da CIHDOTT atuam com a preocupação de aperfeiçoar as práticas relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplantes, desde a identificação do potencial doador, durante todas as etapas pertinentes ao diagnóstico até a efetiva doação dos órgãos e tecidos (FERRAZ et al., 2014). Estudo mostrou que a possibilidade de uma melhor captação de órgãos alertou essas equipes para a necessidade de uma visão ampliada sobre a ME, embora ainda prevaleça um olhar focado na manutenção de órgãos que poderão ser utilizados para salvar outras vidas (YOUN; GREER, 2014).

Nesse sentido, os resultados do presente estudo corroboram a literatura a esse respeito, pois evidenciam que, apesar dos diversos avanços técnicos, os aspectos relacionais do cuidado, em especial a abordagem familiar e o processo de lidar com a morte e o morrer, ainda são fortemente marcados por déficits que impedem o estabelecimento de uma comunicação eficaz e manutenção de uma relação empática e acolhedora ao longo da gestão do cuidar. A concepção de cuidar de pessoas em ME ainda está fortemente centrada no cuidado físico, relegando, muitas vezes, a abordagem humanizada ao familiar que enfrentará essa situação (SANTOS; MORAES; MASSAROLO, 2012; SILVA; NOGUEIRA, SÁ, 2016).

Entretanto, deve-se compreender que a pessoa em ME não é apenas um corpo que ajudará a salvar a vida de outras. Trata-se do corpo de uma pessoa que precisa ser vista, entendida e compreendida como um ser humano que ainda é, que tinha sonhos, valores e uma família. Isso precisa ser respeitado e valorizado, não somente pelos profissionais da saúde, mas por toda a sociedade.

A literatura confirma que muitas vezes o paciente em ME, recebe um cuidado inferior, e não são vistos como um todo, sendo dispensada uma assistência apenas para a manutenção das funções vitais, sendo essa situação um desafio na assistência ao paciente em ME, ligado diretamente à visão que o profissional tem sobre esse paciente. O fato de estar comprovadamente à morte desse paciente, faz com que alguns casos, persista a resistência em um cuidado humanizado, sendo prejudicado pela irreversibilidade do quadro e pelo prognóstico ruim (SILVA; NOGUEIRA; SÁ, 2016).

No presente estudo, quando questionados sobre o significado de cuidar de pessoas em ME, muitos participantes referiram oferecer, sobretudo, cuidados básicos relacionados com a higiene pessoal e manutenção hemodinâmica, o que evidencia ênfase na dimensão técnica. Observa-se que o objetivo do cuidar não é, neste caso,

o paciente, mas sim impedir que seus órgãos se deteriore. Trata-se nesse momento de um trabalho técnico focado na necessidade de manutenção hemodinâmica para garantir condições adequadas para transplante. Nesse caso, até a decisão da família quanto ao consentimento para doação o paciente em ME não deverá ser declarado doador (SADALA, 2003).

Um cuidado holístico ao paciente em ME envolve, sobretudo, a humanização no contexto familiar e a forma de atuação dos profissionais de saúde, o que transcende intervenções tecnológicas e farmacológicas focadas na terapêutica (FARIAS et al., 2013; FREITAS et al., 2013; REIS; SENA; FERNANDES, 2016). O profissional de saúde precisa rever suas ações de cuidado de modo a zelar pela preservação da dignidade do ser humano sob seus cuidados, para que a assistência possa contemplar também as questões subjetivas de cada pessoa (BACKES; BACKES; ERDMANN, 2012; WALDOW; BORGES, 2011).

Para além do cuidado técnico, espera-se que essas equipes reconheçam a necessidade de atitudes acolhedoras e receptivas que preservem a privacidade e as singularidades dos usuários do serviço de saúde. Necessário também reorganizar o serviço para se contrapor ao atual modelo biomédico, a fim de que pacientes e familiares se sintam mais amparados e acolhidos pela instituição. O cuidado requer respeito aos direitos individuais, ao exercício da autonomia e da cidadania e à liberdade de expressão (SCHNEIDER, et al., 2008). Esta abordagem humanística propõe repensar o modelo clínico de atenção à saúde, alicerçado somente na recuperação das funções fisiológicas do paciente, prevalecendo o diagnóstico com ênfase na doença.

Outro aspecto desafiador para os profissionais que atuam neste cuidado envolve a necessidade de lidar com o processo de morte e morrer e com os conflitos decorrentes desta situação, em especial a contraditória compreensão do significado de ME. Em geral, profissionais intensivistas vivenciam sentimentos ambíguos: ao mesmo tempo em que se sentem tristes pela perda de um paciente, ficam felizes quando a família consente a doação de órgãos, pois isso ajudará a manter viva outra pessoa (LIMA, 2012). O sofrimento relacionado a morte, representa o sofrimento vivenciado pelo profissional no seu cuidado ao paciente, tendo um sentimento de misericórdia pela vida do paciente, ou seja pena, pelo diagnóstico de ME (LIMA; BATISTA; BARBOSA, 2013).

O processo de morte e morrer por ME é uma situação complexa, a ser enfrentada de modo compreensivo, solidário e embasada em parâmetros legais (MARTINS; PORTO, 2010; SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012). Apesar das equipes intensivistas vivenciarem constantemente situações de morte de pessoas sob seus cuidados, ainda encontram barreiras para lidar com essa situação específica.

A equipe de enfermagem, desde a formação acadêmica, é preparada para atuar de modo comprometido com a vida do outro, sempre em busca da cura e com um olhar holístico. Assim, quando esses profissionais são expostos a situações de finitude da vida nas quais não há possibilidade de cura, sentem-se despreparados e, com frequência, se distanciam do paciente (LUNARDI FILHO et al., 2011). Destaca-se que são eles que participam mais intensamente desse cuidado, pois ficam constantemente ao lado do paciente, às vezes por 12 horas de trabalho seguidas, o que lhes gera sentimentos de impotência, tristeza, medo e sofrimento diante da confirmação de ME (SOUZA et al., 2013).

De modo geral, os enfermeiros compreendem que a morte deve ser digna e consideram que o seu papel é o de manter a comunicação com o paciente e tratá-lo como um ser humano que possui receios e expectativas. Para eles, é necessário prover conforto, e isso não se restringe a cuidados físicos, mas envolve, também, apoio emocional (HOPKINSON; HALLETT, 2002). Entretanto, apesar dessa concepção idealizada de cuidado, verificou-se, no presente estudo, que isso se torna mais complexo no contexto de ME, em decorrência da intensa carga emocional, de incertezas da confirmação diagnóstica e da dificuldade dos profissionais comunicarem essa notícia aos familiares. Nessas situações, é comum que se distanciem dos pacientes e familiares, na tentativa de impedir um vínculo afetivo e poupar sofrimento no momento da morte (SOUZA et al., 2013).

A dificuldade de aceitar a morte nessas situações é vivenciada por médicos e enfermeiros que, muitas vezes, entendem que o paciente em ME deva ser cuidado como se estivesse vivo (ARAÚJO; MASSAROLLO, 2014). Apesar de compreenderem e aceitarem os critérios científicos para definição de ME, consideram difícil ignorar os sinais de vida ainda presentes (OROY; STROMSKAG; GJENDAL, 2015).

O despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a ME ultrapassa a falta de conhecimento técnico e prático, pois são despreparados psicologicamente para enfrentar essa situação (CAVALCANTE et al., 2014; MORAES et al., 2015; MASOUMIAN HOSEINI; MANZARI; KHALEGHI, 2015).

A dificuldade em aceitar a morte surgiu a partir da discussão sobre manter uma pessoa por meios artificiais para prolongar a vida e a atitude de deixar a doença seguir seu percurso natural. Nesse sentido o início e o fim da vida é um processo ao qual todos nós seremos submetidos, e que deve transcorrer de modo mais humanizado possível e pautado nos princípios éticos. Existe um universo de sentimentos ligados a morte, nesse momento a complexidade dos limites entre o viver e o morrer, tornam-se objetos de frustrações e de pensamentos ilusórios, sendo, portanto, de extrema importância os profissionais de saúde saber lidar com tais situações (JUNGES et al., 2010; SIQUEIRA, 2005).

Estudo sobre as experiências de enfermeiras em situações de estresse durante o cuidado de pessoas em ME mostrou que a identificação de um paciente nesta condição causa desespero entre a equipe, pela incerteza do diagnóstico, pelo medo da própria morte e pela sensação de fracasso (SOUZA et al., 2013).

Os profissionais de saúde apresentam alguns fatores de risco principais para o sofrimento psicológico: exposição cotidiana a situações de dor e sofrimento e necessidade de lidar com problemas impossíveis de serem resolvidos com o emprego de conhecimento científico (SLEEMAN, 2013). Outro aspecto desafiador e complexo diz respeito à decisão de suspender o tratamento após a confirmação do diagnóstico de ME, sobretudo nas situações em que não haverá captação de órgãos. Um dos momentos mais delicados e desgastantes emocionalmente envolve a desconexão do respirador. Para eles, quando isso ocorre com uma pessoa que ainda apresenta batimentos cardíacos, mesmo após declarada morta, “a impressão que se tem é que estejam terminando de fazer algo, como se estivesse “matando” o paciente” (ARAÚJO; MASAROLLO, 2014, p.217).

Em algumas situações, eles não desligam o respirador, por receio de conflitos com os familiares decorrentes do despreparo da população leiga para aceitar esse procedimento (ALDHAFAR; ARAFA, 2017; ARAÚJO; MASSAROLLO, 2014; HAMMAD et al., 2014). Assim, consideram fundamental haver preparo para lidar com essa situação, tendo em vista os múltiplos significados do morrer para diferentes pessoas, com distintas concepções morais, éticas e espirituais. Isso requer que a tomada de decisão sobre eventual desligamento do aparelho seja compartilhada entre os membros da equipe e que as famílias recebam toda a assistência para melhor compreensão da finitude da vida no contexto de ME (SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012).

Estudo com o objetivo de verificar a visão dos médicos intensivistas sobre a desconexão do respirador mecânico em pacientes não doadores de órgãos apontou que eles entendem que ME é morte e, portanto, não apresentam dificuldades em desligá-lo. Para alguns, isso pode, inclusive, minimizar o sofrimento dos familiares e evitar falsas esperanças. Outros acreditam que manter um paciente em ME ocupando um leito de UTI pode acarretar falta de leitos para outras pessoas. Segundo o estudo, a melhor aceitação desse procedimento ocorre quando as famílias são envolvidas ao longo do protocolo e bem esclarecidas sobre o procedimento (MORAES et al., 2011).

De modo contrário, observa-se que ainda existe o receio por parte de alguns membros comunidade médica latino-americana em retirar o suporte ventilatório em pacientes que ainda apresentam funções vitais. Essa dificuldade aumenta quando a família, por motivos religiosos, não aceita a morte até que as funções vitais cessem por completo. Nesses casos, surgem desconfortos com a equipe, pois a pessoa em ME está mantida viva apenas artificialmente (LAGO et al., 2007; MORAES et al., 2011).

Se por um lado manter o paciente em ME sob suporte ventilatório pode proporcionar mais conforto no momento de despedida dos familiares, por outro, adiar este procedimento pode provocar angústia e sofrimento aos mesmos (MARTINS; PORTO, 2010).

Apesar do amparo legal e do protocolo institucional que respaldam esse procedimento, os profissionais ainda apresentam resistência para realizá-lo, pela dificuldade de aceitar a irreversibilidade do quadro e esclarecer a situação aos familiares (ARAÚJO; MASSAROLLO, 2014). Esses resultados denotam a necessidade de ampliar a discussão sobre a morte e o morrer em situação de ME. O preparo das equipes para lidar com a transição do cuidado nesse contexto, que envolve cuidar de uma pessoa clinicamente morta, requer uma abordagem técnica do cuidar, mas, principalmente, compromisso ético e profissional para, após a confirmação diagnóstica, direcionar o olhar a uma abordagem familiar, o que levará a uma humanização durante a finitude da vida dessa pessoa.

Para isso, a abordagem familiar deve ocorrer desde a admissão do paciente no serviço de saúde e não somente no momento de iniciar o processo de consentimento para doação de órgãos. O interesse pela abordagem familiar não deve visar apenas à autorização para doação de órgãos, o que pode ser interpretado como um interesse apenas técnico e não como empatia, vontade de promover o melhor cuidado para o

paciente, respeitando sua dignidade e de sua família na vivência dessa complexa situação.

Neste estudo, apesar dos participantes mencionarem que um cuidado idealizado no que se refere à abordagem familiar deva incluir acolhimento para o esclarecimento diagnóstico, preparo para o enfrentamento do luto e definição do prognóstico (morte clínica ou doação de órgãos), verificou-se ainda ser um modelo de assistência distante na prática, pois ainda há muito o que avançar em termos da promoção de um cuidado humanizado.

Nota-se um cuidado ainda distanciado a essas famílias, marcado por falhas na comunicação, falta de diálogo e de informações claras e objetivas no decorrer do processo diagnóstico. Desse modo, apesar dos inúmeros avanços técnicos alcançados, humanizar o atendimento a essas pessoas ainda representa um desafio para as instituições de saúde.

Já a equipe multiprofissional necessita se empoderar de componentes humanísticos para cuidar e acolher esses familiares logo que adentrarem em um serviço tão complexo como a UTI. Por meio de posturas respeitadas, construirão e estreitarão laços importantes em situações estressoras da vida que permitirão estabelecer vínculo afetivo. Sabe-se que o acolhimento constitui uma via fundamental para acesso aos usuários por meio do respeito e da escuta atenta, no sentido de sempre fornecer uma resposta positiva aos seus problemas de saúde (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017).

É fundamental que os familiares sejam o foco central do processo de cuidar da pessoa em ME, não apenas por consentirem ou não o processo de doação de órgãos, e a equipe de enfermagem é o elo central para promover o adequado acolhimento e vínculo com os familiares, em virtude da maior proximidade ao longo da gestão do cuidado. Esses profissionais devem atuar com o objetivo de oferecer cuidados para a manutenção do potencial doador e, paralelamente, estabelecer vínculo com os familiares (OROY; STROMSKAG; GJENDAL, 2015; RODRIGUES COSTA; COSTA; AGUIAR, 2016).

No entanto, na prática, é frequente o distanciamento da equipe nessas situações, uma vez que o processo diagnóstico é estabelecido de modo unilateral, sem o compartilhamento das decisões com a equipe de enfermagem (EDWARDS; FORBES, 2003). Conseqüentemente, faltam informações, o que gera angústia, dor e sofrimento aos familiares, devendo a equipe multiprofissional apoiá-los,

independentemente do desfecho (CAMPOGRANA et al., 2012). Sob uma análise mais profunda, isso traz repercussões negativas para o cuidado humanizado nesse contexto.

Não é fácil para uma família compreender que, apesar da presença de batimentos cardíacos, a pessoa não está mais viva. Embora sejam esclarecidas pela equipe sobre a irreversibilidade do quadro, muitas, apegadas a crenças religiosas, alimentam a esperança de que o familiar voltará a viver. Ignoram, sob alguns aspectos, o que é ME, não compreendem as informações fornecidas pelos profissionais de saúde ou, ainda, apresentam um entendimento equivocado do conceito, o que gera não aceitação da morte e alimenta a esperança de recuperação. Alguns familiares, inclusive, preferem nem falar sobre o assunto, com receio de haver ainda mais dor e sofrimento (MORAES; MASSAROLLO, 2009; PESSOA; SCHIRMER; ROZA, 2013, p. 327; KOCAAY et al., 2015; RÍOS et al., 2007; KIM; FISHER; ELLIOT, 2005; MARTÍNEZ-ALARCÓN et al., 2009; LEE, 2011; RONAYNE 2008; WHITE, 2003)

Trata-se de uma realidade frequente, que evidencia a necessidade das equipes estarem mais preparadas para estabelecer intervenções educativas e um diálogo esclarecedor sobre o conceito de ME e os procedimentos adotados para confirmá-la (LAGO et al., 2007; SANTOS; MASSAROLLO, 2005). A competência cultural para lidar com a dimensão espiritual das famílias para o enfrentamento de situações de morte e morrer é fundamental nessas situações (COYLE, 2000; MORAES; MASSAROLLO, 2009).

Estudo realizado na Noruega destacou que muitos médicos se sentem desconfortáveis e mal preparados para abordar a família em uma situação tão delicada. Consideram difícil explicar que o ente querido está em ME, pois isso suscita dúvidas e ambiguidades (OROY; STROMSKAG; GJENDAL, 2015).

De acordo com uma pesquisa sobre o impacto de uma má notícia na experiência dos familiares de paciente em UTI, os enfermeiros precisam valorizar o acolhimento aos familiares e deles se manterem próximos, para que a família não precise procurá-los ativamente em busca de informações. Esta aproximação, segundo o estudo, favorece a identificação precoce de estados de desassossego e tranquiliza os familiares, já bastante frágeis emocionalmente, de que sempre serão previamente esclarecidos sobre tudo o que irá acontecer (MENDES, 2018).

Os enfermeiros são os profissionais com habilidades de envolver os familiares e inseri-los na dinâmica de cuidados, a fim de capacitá-los e aliviar a carga emocional

negativa. Trata-se de uma habilidade reconhecida, inclusive, pelas próprias famílias (KHALAILA, 2016).

Nesta relação com a família, um das tarefas mais complexas para os profissionais é a comunicação de uma má notícia, em virtude do grande impacto psicológico e emocional causado aos familiares. Comunicá-los sobre o diagnóstico de ME envolve sentimentos e comportamentos complexos, pois, acima de tudo, depende da adequada compreensão de um conceito de morte nem sempre bem entendido e aceito por todos. Portanto, o modo como o familiar é informado sobre essa morte repercutirá na tomada de decisão sobre a finitude da vida e interrupção das terapêuticas (SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012; POWELL, 2014).

Assim, lidar com este processo demanda comunicação eficiente, considerada recurso essencial para alcance de uma assistência humanizada e de qualidade. Para tanto, os profissionais precisam atuar em sintonia e utilizar a mesma linguagem para abordar os familiares de uma pessoa em ME, por se tratar de uma má notícia, uma situação bastante delicada e estressante para todos que a vivenciam (POWELL, 2014). Devem, também, atentar para alguns equívocos mais comuns no contexto da ME, tais como uso de linguagem que suscite ambiguidades, por exemplo, dizer que o paciente está ligado a equipamentos para “suporte de vida”, sendo que, na verdade, a função dos equipamentos é manter a viabilidade dos órgãos. Não se deve, portanto, afirmar para a família que o paciente está se mantendo vivo por meio de suporte artificial, pois ele já foi declarado morto (POWELL, 2014).

Outro aspecto causador de conflito ético é a necessidade de obter autorização da família para desligar os aparelhos. Importante saber que, para os casos de não efetivação da doação de órgãos, estando o paciente morto, a desconexão do ventilador é um procedimento legal (POWELL, 2014). Todavia, dependendo da forma como a família é abordada e do modo como são transmitidas as informações, este pode ser um momento de grande estresse e os profissionais de saúde precisam ter sensibilidade e entender que os familiares necessitam de um tempo para assimilar essa situação, pois, em geral, sentem-se confusos e emocionalmente abalados.

No momento de comunicar o diagnóstico de ME, a equipe precisa utilizar uma linguagem clara e objetiva, para que a família compreenda que, infelizmente, o seu parente está em óbito. Conversar abertamente sobre a morte e a respeito da doação de órgãos, pode, em algumas situações, promover maior conscientização dos

familiares sobre a importância da doação de órgãos e facilitar o luto (SLEEMAN, 2013).

Todavia, alguns fatores dificultam a comunicação de más notícias, dos quais se destaca o fato do tema ainda ser pouco discutido durante a graduação na área da saúde e nos programas de educação continuada e permanente de diversas instituições hospitalares. Comunicar a morte é informar sobre algo que, inevitavelmente, trará sofrimento e dor a outro e, eventualmente, a quem comunica (MONTEIRO et al., 2015).

É necessário que todos os profissionais de saúde entendam o processo de morte e desenvolvam a capacidade de se comunicar e apoiar, “estar ao lado”, quando a morte for inevitável. Se a informação for transmitida de forma clara e objetiva, pode causar impacto positivo à família, gerar compreensão, entendimento e aceitação, sendo uma das estratégias promotoras da doação de órgãos (MORAIS; MORAIS, 2012). No entanto, se repassada de modo inadequado, poderá desencadear equívocos, sofrimento prolongado e ressentimentos.

A falta de preparo dos profissionais de saúde para utilizar a comunicação como uma ferramenta essencial do cuidado gera conflitos com os familiares, inclusive estresses inesperados. Assim, considera-se fundamental aprimorar as habilidades comunicativas, para saber o que, como e quando falar, assim como identificar os momentos em que o silêncio se faz necessário para dar voz aos familiares, mostrando-se solidário com a dor do outro (SOUZA et al., 2013).

A gestão do processo de cuidar de pessoas em ME precisa ser inserida como prioridade nas discussões sobre qualidade e segurança da atenção à saúde a essas pessoas. Além disso, é necessário ampliar a compreensão do contexto relacionado ao morrer por ME, cada vez mais presente na sociedade moderna, o que demanda a incorporação desse conceito na vida das pessoas. Trata-se de uma medida importante, tanto para profissionais de saúde que serão responsáveis pela condução do cuidado em UTI quanto para os familiares que enfrentarão o luto associado à ME (LIMA; BATISTA; BARBOSA, 2013; SILVA; NOGUEIRA, SÁ, 2016).

Considera-se que grande parte dos desafios impostos à gestão do cuidar esteja fortemente relacionada aos aspectos humanísticos, em especial à dificuldade da equipe se aproximar do paciente e da sua família e aos déficits para gerenciar suas próprias concepções e sentimentos relacionados a essa experiência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de cuidar de pessoas em ME, que se traduz em uma situação complexa vivenciada pela equipe de profissionais intensivistas, vem sendo objeto de discussões atuais não apenas na área da saúde, mas em toda a sociedade.

Apesar de diversos avanços tecnológicos para confirmação deste diagnóstico, os profissionais ainda se consideram incapazes e inseguros para lidar com as questões inerentes à ME. Embora compreendam o conceito e os critérios diagnósticos, carecem de habilidades para lidar com segurança nessas situações, o que pode ser melhorado por meio de treinamentos, simulações realísticas e discussões de casos que ampliem o conhecimento sobre o tema e amenizem os equívocos mais frequentes.

Considera-se primordial discutir o protocolo institucional com os membros da equipe multiprofissional, a fim de dirimir as dúvidas e aprimorar os protocolos para que todos possam atuar em sintonia, capacitados e seguros a prestar uma assistência de qualidade. Necessário também que as equipes intensivistas incorporem valores humanísticos ao processo de cuidar no sentido de não olhar somente para a esfera curativa e diagnóstica daquela situação, mas, também, para o paciente em ME e seus familiares, com a preocupação de suprir as necessidades psicossociais emanadas deste diagnóstico. É preciso cuidado para que, nesse momento, os profissionais não se tornem meros captadores de órgãos e saibam equilibrar aspectos biomédicos e humanísticos do cuidar em saúde, de modo que o cuidado seja centrado no paciente e na família.

O paciente em ME precisa ser visto como uma pessoa, e não como um conjunto de órgãos a ser tratado, e isso demanda identificar quais estratégias têm sido eficazes para melhorar a humanização do cuidado e o acolhimento das famílias nessas situações.

Paralelamente, as instituições de graduação e pós-graduação devem incluir a temática nas matrizes curriculares, pois o despreparo e a falta de conhecimento dos educandos prejudicará todo o processo de cuidar de pessoas em ME. Se o tema for melhor aprofundado nos cursos de medicina, esses profissionais que participam ativamente do processo de diagnóstico estarão, futuramente, mais conscientes da importância de tratar o paciente em ME e considerar as diversas subjetividades e singularidades que permeiam o contexto familiar. Além disso, é possível que estejam

mais fortalecidos para lidar com o processo de morte e morrer, o que contribuirá para que promovam um cuidado seguro e eficaz com os familiares e a equipe multiprofissional.

Ao mesmo tempo, o tema pode ser melhor abordado nos meios de comunicação, nas mídias/redes sociais e durante campanhas educativas para o empoderamento da população leiga, a fim de que a morte deixe de ser um tabu e exista maior entendimento e aceitação por parte da sociedade em geral. Considera-se este um caminho para minimizar o problema de saúde pública gerado pelo fato das pessoas não entenderem que ME equivale à morte.

Por outro lado, deve-se atentar para o fato dos profissionais intensivistas apresentarem limitações para lidar com a morte e o morrer, o que torna essencial abordar essa temática também no ambiente hospitalar. Além disso é fundamental o desenvolvimento de habilidades e competências para gestão do cuidado frente essa complexa condição que requer conhecimento técnico-científico, mas principalmente habilidades comunicacionais para acolher a família no enfrentamento desse processo.

No ato de cuidar, eles vivenciam situações que os abalam emocionalmente e podem causar intenso desgaste, a ponto de precisarem de apoio psicológico e de capacitação para lidar com essas dificuldades. Tal suporte pode ser implementado, por exemplo, por meio de dinâmicas no próprio espaço de trabalho que abordem esses processos de morte e morrer, a fim de que desenvolvam habilidades para atuar com mais leveza nesses momentos.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, A. M. N. G. et al. Gestão hospitalar como ferramenta do cuidado. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. v. 11, n. 8, p. 3143-50, 2017. Disponível em: <10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201720>. Acesso em: 20 maio. 2018.
- ALDHAFAR, A.; ARAFA, S. Knowledge and Awareness of Organ Donation and Brain Death among the Population in Al-Ahsa, Saudi Arabia. **Journal of Advances in Medicine and Medical Research**. v. 23, n. 1, p. 1-6, 2017.
- ANNADURAI, K.; MANI, K.; RAMASAMY, J. A study on knowledge, attitude and practices about organ donation among college students in Chennai, Tamil Nadu - 2012. **Progress in Health Sciences**. v. 3, n. 2, p. 59-65, 2013.
- ANTHONY, S.; JACK, S. Qualitative case study methodology in nursing research: an integrative review. **Journal of Advanced Nursing**. v. 65, n. 6, p. 1171-81, 2009. Disponível em: <DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.04998.x>. Acesso em: 08 abr. 2016.
- ARAKI, T.; YOKOTA, H.; FUSE, A. Brain in Pediatric Patients in Japan: diagnosis and Unresolved Issues. **Neurologia medico-chirurgica**. v. 56, n. 1, p. 1-8, 2016.
- ARAÚJO, M. N.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros no processo de doação de órgãos. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 27, n. 3, p. 215-20, 2014.
- BACKES, M. T. S.; BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L. Relationships and interactions in the Intensive Care Unit environment of care. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 25, n. 5, p. 679-85, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500006>. Acesso em: 9 ago. 2016.
- BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BUSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 23, n. 3, p. 411-8, 2015.
- BAXTER, P.; JACK, S. Qualitative Case Study Methodology: study Design and Implementation for Novice Researchers. **The Qualitative Report**. v. 13, n. 4, p. 544-59, 2008. Disponível em: <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol13/iss4/2/>. Acesso em: 08 abr. 2016.
- BISON, R. A. et al. Validación de la escala de evaluación del significado del cuidado. **Cultura de los cuidados**. v. 17, n. 37, p. 90-8, 2013.
- BITTENCOURT, I. **Evidências para o cuidado de enfermagem ao paciente potencial doador de órgãos**. 2014.138f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

BOHATYREWICZ, R. et al. Reversal to Whole-Brain Death Criteria After 15 Year Experience With Brain Stem Death Criteria in Poland. **Transplantation Proceedings**. v. 41, n. 8, p. 2959-60, 2009.

BRASIL. Decreto nº 9.175 de 18 de outubro de 2017. **Diário Oficial da União**. Poder executivo, Brasília, DF, 19 out. 2017b. Seção 1, p.2.

BRASIL. Lei nº 9434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção e órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, DF, 5 fev. 1997. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão nacional de ética em pesquisa. Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, DF, 12 jun. 2013, Seção 1, p.59.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.752, de 23 de setembro de 2005. Determina a Constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. **Diário Oficial da União**, DF, 27 set 2005. Seção 1, p.54.

BRASIL. Resolução CFM 1.480, de 08 de agosto de 1997. **Diário Oficial da União**, DF, nº 160, 21 ago. 1997. Seção 1, p.18.227-8.

BRASIL. Resolução CFM 2.173, de 23 de novembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 dez. 2017a. Seção 1, p. 50-275.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Journal Qualitative Research in Psychology**. v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRIDGES, J. et al. Capacity for care: meta-ethnography of acute care nurses' experiences of the nurse-patient relationship. **Journal of Advanced Nursing**. v. 69, n. 4, p. 760-72, 2013.

BURKLE, C. M.; SHARP, R. R.; WIJDICKS, E. F. Why brain death is considered death and why there should be no confusion. **Neurology**. v. 83, n. 16, p. 1464-9, 2014.

CAMPONOGARA, S. et al. Percepção da Equipe Multiprofissional de Saúde Acerca do Processo de Doação de Órgãos. **Journal Nursing UFPE**. v. 6, n. 11, p. 2696-703, 2012.

CAVALCANTE, L. P. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 27, n. 6, p. 567-72, 2014.

CITERIO, G.; MURPHY, P. G. Brain death: the European perspective. **Seminars in Neurology**. v. 35, n. 2, p. 139-44, 2015.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 46, n. 3, p. 734-41, 2012.

CHUA, H. C. et al. Brain Death: The Asian Perspective. **Seminars Neurology**. v. 35, p. 152-61, 2015.

CORREA NETO, Y. Morte encefálica: cinquenta anos além do coma profundo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.10, supl. 2, p.355-61, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/13.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

COSTA, C. R.; COSTA, P.; AGUIAR, N. A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. **Revista Bioética**. v. 24, n. 2, p. 368-73, 2016.

COYLE, M. A. Meeting the needs of the family: the role of the specialist nurse in the management of brain death. **Intensive and Critical Care Nursing**. v. 16, p. 45-50, 2000.

DARE, A. J.; BARTLETT, A. S.; FRASER, J. F. Critical Care of the Potential Organ Donor. **Current Neurology and Neuroscience**. v. 12, n. 4, p. 456-65, 2012.

DICTUS, C. et al. Critical care management of potential organ donors: our current standard. **Clinical Transplantation**. v. 23, suppl. 21, p. 2-9, 2009.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. An overview of research designs relevanttonursing: part 2: qualitativere search designs. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 15, n. 4, p. 684-8, ago. 2007. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000400025>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

EDWARDS, S. D.; FORBESB, K. Nursing practice and the definition of human death. **Nursing Inquiry**. v. 10, n. 4, p. 229-35, 2003.

ESCUDERO, D. et al. Intensive care practices in brain death diagnosis and organ Donation. **Anaesthesia**. v. 70, n. 10, p. 1130-9, 2015.

FARIAS, F. B. B. et al. Humanized care in the ICU: challenges from the viewpoint of health professionals. **Revista em Pesquisa: Cuidados Fundamentais**. v. 5, n. 4, p. 635-42, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013,v5i4.635-642>>. Acesso em: 09 ago. 2016.

FERNANDES, H. S.; PULZI, J. A. S.; COSTA FILHO, R. Qualidade em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. v. 8, n.1, p. 37-45, 2010.

FERRAZ, A. S. et al. **Manual do núcleo de captação de órgãos: iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: CIHDOTT / coordenação Barueri, SP: Minha Editora, 2014.**

FLÓDEN, A. et al. Attitudes to organ donation among Swedish ICU nurses. **Journal of Clinical Nursing**. v. 20, n. 21-2, p. 3183-95, 2011.

FREIRE, I. L. S. et al. Morte encefálica e cuidados na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.14, n. 4, p. 903-12, 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a19.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

FREITAS, F. D. S.; SILVA, R. N.; ARAÚJO, F. P.; FERREIRA, M. A. Environment in the National Humanization Policy. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 17, n. 4, p. 654-60, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130008>>. Acesso em: 09 ago. 2016.

GEORGIA, M. A. History of brain death as death: 1968 to the present. **Journal of Critical Care**. v. 29, n. 4, p. 673-8, 2014 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.04.015>>. Acesso em: 06 out. 2016.

GHOSHAL, S.; GREER, D. M. Why is diagnosing brain death so confusing?. **Critical Care**. v. 21, n. 2, p.107-12, 2015.

GLIGOROV, N. A Defense of Brain Death. **Neuroethics**. v. 9, n. 2, p.119-27, 2016. Disponível em: <DOI 10.1007/s12152-016-9252-0>. Acesso em: 06 out. 2016.

GREER, D. M. et al. Variability of Brain Death Policies in the United States. **JAMA Neurology**. v. 73, n. 3, p. 213-8, 2016.

HAMMAD, S. et al. Questionnaire on Brain Death and Organ Procurement. **Experimental and Clinical Transplantation**. v. 15, n. 1, p. 121-3, 2014.

HARVARD MEDICAL SCHOOL. A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. **JAMA**. v. 205, n. 6, p.337-40, 1968.

HOPKINSON, J.; HALLETT, C. Good death? An exploration of newly qualified nurses' understanding of good death. **International journal of palliative nursing**. v. 8, n. 11, p. 532-9, 2002.

HOSEINI, S. T. M.; 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. **International Journal of Organ Transplantation Medicine**. v. 6, n. 3, p. 105-3, 2015.

JOFFE, A. R. A survey of American neurologists about brain death: understanding the conceptual basis and diagnostic tests for brain death. **Annals of Intensive Care**. v. 2, n. 4, p. 2-8, 2012.

JOHNSON, L. S. M. The Case for Reasonable Accommodation of Conscientious Objections to declarations of Brain Death. **Journal of Bioethical Inquiry**. v. 13, n. 1, p.105-15, 2016.

JUNGES, J. R. et al. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. **Revista Bioética**. v. 18, n. 2, p. 275-88, 2010.

KHALAILA, R. Meeting the needs of patients' families in intensive care units. **Nursing standard**. v. 28, n. 43, p. 37-44, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7748/ns.28.43.37.e8333>>. Acesso em: 30 set. 2016.

KIM, J. R.; FISHER. M.; ELLIOTT, D. Knowledge levels of Korean intensive care nurses towards brain death and organ transplantation. **Journal Clinical Nursing**. v. 15, n. 5, p. 574-80, 2006.

KOCAAY, A. F. et al. Brain Death and Organ Donation: knowledge, Awareness, and Attitudes of Medical, Law, Divinity, Nursing, and Communication Students. **Transplant Proc**. v. 47, n. 5, p. 1244-8, 2015.

LAGO, P. M. et al. Morte encefálica: condutas médicas adotadas em sete unidades de tratamento intensivo pediátrico brasileiro. **Jornal de pediatria**. v. 83, n. 2, p. 133-40, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n2/v83n2a07.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

LEE, T. Brain Death Doubts. **Australian Nursing Journal**, v.19, n. 2, p. 17-8, 2011.

LEMES, M. M. D. D.; BASTOS, M. A. R. The maintenance care of potential organ donors: ethnographic study on the experience of a nursing team. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 15, n. 5, p. 986-91, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/v15n5a15.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

LEWIS, A. et al. Organ support after death by neurological criteria. **American Academy of Neurology**. v. 87, n. 8, p.827-35, 2016.

LIMA, A. A. F. Doação de órgãos para transplante: conflitos éticos na percepção do profissional. **O Mundo da Saúde**. v. 36, n. 1, p. 27-33, 2012.

LIMA, C. S. P.; BATISTA, A. C. O.; BARBOSA, S. F. F. Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica. **Revista eletrônica de enfermagem**. v. 15, n. 3, p.780-9, 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n3/pdf/v15n3a21.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2016.

LUIZ, F. F.; CAREGNATO, R. C. A.; COSTA, M. R. Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 70, n. 5, p. 1040-7, 2017.

LUNARDI FILHO, W. D. et al. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 10, n. 3, p. 60-81, 2011.

MACEDO, J. L. **Quando a vida encontra a morte: as concepções médicas e jurídicas sobre anencefalia e morte encefálica**. 2012. 255f. Tese (Doutorado) -

Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MAGALHÃES, J. V.; VERAS, K. N.; MENDES, C. M. M. Evaluation of the knowledge of intensive care doctors in Teresina concerning brain death. **Revista Bioética**. v. 24, n. 1, p. 156-64, 2016.

MAGNUS, D. C.; WILFOND, B. S.; CAPLAN, A. L. Accepting brain death. **The New England Journal of Medicine**. v. 307, n. 10, p.891-4, 2014.

MARTÍNEZ-ALARCÓN, L. et al. Do nursing students understand the meaning of brain death? **Transplantation Proceedings**. v. 41, n. 6, p. 2060-63, 2009. Disponível em: <doi: 10.1016/j.transproceed.2009.06.020>. Acesso em: 20 maio. 2018.

MARTINÉZ, F. J. M. et al. Views of health professionals about organ donation and Transplantation: a review of the literature. **Text Nursing Context**. v.24, n. 2, p. 574-83, 2015.

MARTINS, G. Z.; PORTO, D. Morte encefálica em não doador: quando desligar os aparelhos? **Revista Bioética**. v. 18, n. 2, p. 261-2, 2010.

MASOUMIAN HOSEINI, 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. **International Journal of Organ Transplantation Medicine**. v. 6, n. 3, p. 105-13, 2005.

MEDEIROS, A. C. **Gestão do cuidado de enfermagem na uti: configuração ecossistêmica com base teórico-filosófica e organizativa nas políticas públicas**. 2013. 266f. Dissertação (Mestrado) - Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande, 2013.

MENDES, A. P. Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 71, n. 1, p. 170-7, 2018.

MENESES, E. A. et al. Análise bioética do diagnóstico de morte encefálica e da doação de órgãos em hospital público de referência do Distrito Federal. **Revista Bioética**. v.18, n.2, p.397-412, 2010. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/572>. Acesso em: 26 abr. 2016.

MEYER, K.; BJORK, I. T.; EIDE, H. Intensive care nurses perceptions of their professional competence in the organ donor process: a national survey. **Journal of Advanced Nursing**. v. 68, n.1, p. 104-15, 2012.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M.; SALDAÑA, J. **Qualitative data Analyses: a methods sourcebook**. 3. ed. Los Angeles: SAGE Publications Inc, 2014.

MINAYO M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-6, mar. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MONTEIRO, D. T. et al. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. v. 15, n. 2, p. 547-67, 2015.

MORAES, E. L. et al. Desconexão do ventilador mecânico de não doadores de órgãos: percepção de médicos intensivistas. **Revista Bioethikos**. v. 5, n. 4, p. 419-26, 2011. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/89/A8.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2016

MORAES, E. L. et al. Experience of nurses in the process of donation of organs and tissues for transplant. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 226-33, 2014.

MORAES, E. L. et al. Experiências e expectativas de enfermeiros no cuidado ao doador de órgãos e à sua família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe2, p. 129-35, 2015.

MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Recusa de Doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 22, n.2, p. 131-5, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a03v22n2.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

MORAIS, R. T., MORAIS, R. M. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. **Saúde em Debate**. v. 95, n. 36, p. 633-9, 2012.

MORORÓ, D. D. S. et al. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 30, n. 3, p. 323-32, 2017.

MORSE, J. M. Analytic Strategies and Sample Size. **Journal Qualitative Health Research**. v. 25, n. 10, p. 1317-8, 2015.

MORSE, J. M. Determining sample size. **Journal Qualitative Health Research**. v. 10, n. 3, p. 3-5, 2000.

MOURA, L. C; SILVA V. S. **Manual do núcleo de captação de órgãos**: iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: CIHDOTT / coordenação Luciana Carvalho Moura, Vanessa Silva e Silva. Barueri, SP: Minha Editora, 2014.

NIKAS, N. T.; BORDLEE, D. C.; MOREIRA, M. Determination of Death and the Dead Donor Rule: A Survey of the Current Law on Brain Death. **Journal of Medicine and Philosophy**. v. 41, n. 3, p.237-56, 2016.

NOWAKA, E.; PFITZNERB, R.; PRZYBYŁOWSKIC, P. Polish Guidelines on Diagnosing Brain Death in Adults vs the International Perspective: Are We in Need of an Update? **Transplantation Proceedings**. v. 48, p. 1394-8, 2016.

OROY, A.; STROMSKAG, K. E.; GJENGEDAL, E. Do we treat individuals as patients or as potencial donors? A phenomenological study of healthcare professionals' experiences. **Nursing Ethics**. v. 22, n.2, p. 163-75, 2015.

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, 323-30, 2013.

PESTANA, A. L.; ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. M. Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 16, n. 4, p. 734-40, 2012.

PESTANA, A. L. et al. Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v. 47, n. 1, p. 258-64, 2013.

PINA, R. Z.; LAPCHINSK, L. F.; PUPULIM, J. S. L. Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva. **Ciência e Cuidados com a Saúde**. v. 7, n. 4, p.503-8, 2008.

POWELL, T. Brain Death: What Health Professionals Should Know. **American Journal of Critical Care**. v. 23, n. 3, p. 263-6, 2014.

QUEIRÓS, P. J. P. et al. Significados atribuídos ao conceito de cuidar. **Revista de Enfermagem Referência**. v. 4, n. 10, p. 85-94, 2016.

RAMOS, V. P.; MARTINS, M. C. Critérios diagnósticos e regulamentação de morte encefálica no Brasil. In: **Conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde sobre critérios diagnósticos de morte encefálica**. 2010.105f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

RECH, T. H.; RODRIGUES FILHO, E. M. Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 19, n. 2, p. 197-204, 2007.

REIS, C. C. A.; SENA, E. L. S.; FERNANDES, M. H. Humanization care in intensive care units: integrative review. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**. v. 8, n. 2, p. 4212-22, 2016.

RICHARDS, L.; MORSE, J. M. **Readme first for a user`s guide to qualitative methods**. 3. ed. London, New Delhi: Sage, 2012.

RÍOS, A. Benefit of a Hospital Course About Organ Donation and Transplantation: An Evaluation by Spanish Transplant Personnel. **Transplantation Proceedings**. v. 39, p. 1310-3, 2007.

RÍOS, A. et al. Benefit of a Hospital Course About Organ Donation and Transplantation: An Evaluation by Spanish Transplant Personnel. **Transplantation Proceedings**, v. 39, n. 5, 1310-13, 2007. Disponível em: <doi: 10.1016/j.transproceed.2007.02.073>. Acesso em: 20 maio. 2018.

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.

RODRIGUÉZ-ARIAS, D. La mort encéphalique: actualités et controverses. **Approche comparative em Europe**. p. 1-12, 2009. Disponível em: <http://nereja.free.fr/files/Inserm_ME_Approche_comparative.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2016.

RONAYNE, C. A phenomenological study to understand the experiences of nurses with regard to brainstem death. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 25, n. 2, p. 90-8, 2009. Disponível em: <doi: 10.1016/j.iccn.2008.06.001>. Acesso em: 20 maio. 2018.

SADALA, M. L. A. **Doação de Órgãos: a experiência de enfermeiras, médicos, familiares e doadores**. 1 ed. São Paulo: Unesp, 2003.

SANTOS, M. G. P. S. **Cuidado de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica: uma reflexão sobre a prática**. 2013. 126f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

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

SANTOS, M. J. D.; MORAES, E. L. D.; 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.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/90/03.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2016.

SCHNEIDER, D. G. et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 17, n. 1, p. 81-9, 2008.

SHABANZADEH, A. P. et al. Organ and tissue donation knowledge among intensive care unit nurses. **Transplantation Proceedings**. v. 51, n. 5, p. 1480-2, 2009.

SHEIN, A. E. et al. Avaliação do conhecimento de intensivistas sobre morte encefálica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, p. 144-8, 2008.

SHEMIE, S. D. et al. Organ donor management in Canada: recommendations of the forum on Medical Management to Optimize Donor Organ Potential. **Canadian Medical Association Journal**. v. 174, n. 6, p. 13-30, 2006.

SILVA, T. R. B.; NOGUEIRA, M. A.; SÁ, A. M. M. Conhecimento da equipe de Enfermagem acerca dos cuidados com o potencial doador em morte encefálica. **Revista de Enfermagem da UFPI**. v. 5, n. 4, p. 24-30, 2016.

SIQUEIRA, J. E. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. **Revista Bioética**. v. 13, n. 2, p. 37-50, 2005.

SLEEMAN, E. K. End-of-life communication: Let's talk about death. **Journal of Royal College of Physicians of Edinburgh**. v. 43, p. 197-9, 2013.

SOBNACH, S. et al. Medical Students' Knowledge About Brain Death: A South African Contribution. **Transplantation Proceedings**. v. 48, p. 1904-6, 2016.

SOUZA, S. L. P. et al. A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros. **Enfermería Global**. n. 32, p. 230-6, 2013.

SOUZA, S. S. et al. Situations of stress experienced by nursing staff in the care of potential organ donor. **Journal of Research Fundamental Care**. v. 5, n. 3, p. 42-52, 2013.

STAKE, R. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000. p. 435-54.

TOIT, J.; MILLER, F. The ethics of continued life-sustaining treatment for those diagnosed as brain-dead. **Bioethics**. v. 30, n. 3, p. 151-8, 2016.

TRUOG, R. D.; MILLER, F. G. Changing the Conversation About Brain Death. **The American Journal of Bioethics**. v. 14, n. 8, p. 9-14, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/15265161.2014.925154>>. Acesso em: 06 out. 2016.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 10, n. 12, p. 137-44, 2002.

VIRGINIO, B. C. A. E. **Gerência do cuidado de enfermagem no processo de notificação de morte encefálica em uma unidade de terapia intensiva: a construção de um fluxograma gerencial**. 2012.131f. Dissertação (Mestrado) - Pós Graduação Stricto Sensu - Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

VLAISAVLJEVIĆ, Z. et al. Attitudes and knowledge of nurses on organ legacy and transplantation. **Srpski arhiv za celokupno lekarstvo**, v. 142, n. 3-4, p. 213-8, 2014.

WALDOW V. R.; BORGES R. F. Caring and humanization: relationships and meanings. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 24, n. 3, p. 414-8, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>>. Acesso em: 15 dez. 2017

WHITE, G. Intensive care nurses' perceptions of brain death. **Australian Critical Care**. v. 16, n. 1, p.7-14, 2003.

WIJDICKS, E. F. Brain death worldwide: Accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. **American Academy of Neurology**. v. 58, n. 1, p.20-5, 2002. Disponível em: <<http://www.neurology.org/cgi/content/full/58/1/20>>. Acesso em: 06 out. 2016.

WIJDICKS, E. F. Determining brain death in adults. **Neurology**. v. 45, p.1003–11, 1995.

WIJDICKS, E. F.; SHARP, R. R.; BURKLE, C. M. Why brain death is considered death and why there should be no confusion. **American Academy of Neurology**. v. 83, n. 16, p.1464-9, 2014.

WIJDICKS, E. F.; VARELAS, P. N.; GRONSETH, G. S. Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. **Neurology**. v. 74, n. 23, p. 1911-8, 2010. Disponível em: <<http://www.neurology.org/content/74/23/1911.full.pdf+html>>. Acesso em: 06 out. 2016.

YANKE, G.; RADY, M. Y.; VERHEIJDE, J. L. When Brain Death Belies Belief. **Journal of Religion and Health**. v. 55, n. 6, p. 2199-213, 2016.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010.

YOUN, T. S.; GREER, D. M. Brain Death and Management of a Potential Organ Donor in the Intensive Care Unit. **Clinical Critical Care**. v. 30, n. 4, p.813-31, 2014.

ZAHMATKESHAN, M. et al. Attitudes of medical students and staff toward organ donation in cases of brain death: a survey at Shiraz University of Medical Sciences. **Progress in Transplantation**. v. 24, n. 1, p. 91,-96, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a), a participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título, **A experiência da gestão do processo de cuidar de pessoas em morte encefálica: estudo de caso qualitativo**. Meu nome é Nailin Melina Pires da Silva, sou membro da equipe de pesquisa deste projeto, mestranda na área da Enfermagem. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade da equipe de pesquisa e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com a equipe de pesquisa Nailin Melina Pires da Silva, ou com a orientadora da pesquisa a Prof.^a Dr.^a Vanessa da Silva Carvalho Vila, nos telefones: (62) 98203-6659, (62) 3946-1261, ou por meio dos e-mails: nailinenf@gmail.com ou vscvila@uol.com.br. Em caso de dúvida **sobre a ética aplicada a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, localizado na Avenida Universitária, Nº 1069, Setor Universitário, Goiânia, Goiás, telefone: (62) 3946-1512 funcionamento: 8h às 12h e 13h às 17h de segunda a sexta-feira. O Comitê de Ética em Pesquisa é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinado ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

Essa pesquisa tem como objetivo explorar a experiência vivenciada, por profissionais de saúde intensivistas, no processo de gestão do cuidado de pessoas em morte encefálica para compreender o significado do processo de cuidar de pessoas em morte encefálica. Para coletar os dados precisarei realizar uma entrevista para obter informações relacionadas à sua idade, situação de trabalho, entre outros. Após isso, serão realizadas algumas perguntas sobre a sua experiência frente ao processo de cuidar de pessoas com diagnóstico de morte encefálica. A entrevista poderá durar em torno de uma hora, podendo ser necessário realizar mais de uma entrevista, com o seu consentimento. Caso seja necessário, a segunda entrevista será realizada para complementar, esclarecer dúvidas e confirmar o que compreendemos sobre a sua experiência de cuidar de pessoas em morte encefálica.

Agendaremos a entrevista no horário que for melhor para você, preferencialmente fora do seu horário de trabalho e no local que você escolher. Caso você autorize as entrevistas serão gravadas para que possamos fazer o registro fidedigno da sua narrativa. No entanto, se você não concordar com a gravação, faremos o registro manuscrito. Seu nome será mantido em sigilo, e identificado apenas por número para garantir o caráter confidencial das suas informações.

A sua participação no estudo poderá causar desconfortos, pois você precisará dispor, de um tempo de aproximadamente uma hora. Os riscos de sua participação na pesquisa estão relacionados à possibilidade de você vivenciar reações emocionais, como o choro, a inibição, a vergonha, o receio, a impaciência relacionada ao processo de coleta de dados, o sofrimento em recordar situações vivenciadas em seu trabalho. Se isso acontecer, imediatamente, a entrevista será interrompida e você terá o apoio necessário, e receberá assistência integral, imediata, gratuita, pelo tempo que for necessário, para atender quaisquer danos ou complicações, de qualquer natureza (diretos ou indiretos, imediatos ou tardios) que sejam decorrentes de sua participação.

Você é livre para não responder ou interromper suas respostas durante a entrevista, caso não se sinta à vontade para discutir sobre alguma questão. Além disso, poderá retirar o seu consentimento, mesmo após o início do estudo, sem sofrer prejuízos nas suas atividades profissionais na instituição em estudo.

Entre os benefícios esperados de sua participação está a possibilidade de contribuir para a compreensão da gestão do processo de cuidar de pessoas em morte encefálica, e identificar quais tem sido os desafios para a implementação do protocolo de morte encefálica em seu cotidiano de trabalho. Os resultados contribuirão para o avanço nas discussões dos gestores e profissionais da saúde sobre a implementação e aprimoramentos necessários nos protocolos de cuidado a essas pessoas.

Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa e serão publicados em revistas científicas e apresentados em congressos e eventos da área da saúde. Todos os materiais coletados serão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos e depois incinerado.

Você não receberá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira por sua participação na pesquisa. Caso tenha algum gasto relacionado ao projeto este será ressarcido pelos pesquisadores. Caso você tenha algum dano, em decorrência da sua participação, você será devidamente indenizado (a), conforme determina a lei.

O pesquisador responsável por este estudo e sua equipe de pesquisa declaram: que cumprirão com todas as informações acima; que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios devido sua participação neste estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

Eu _____, abaixo assinado, discuti com a Enfermeira Nailin Melina Pires da Silva, mestrande na área de enfermagem, sobre minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou nas minhas atividades profissionais nessa instituição.

Goiânia, ____ de _____, de 201__.

Assinatura do participante

Data ____/____/____

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

APÊNDICE B - ROTEIRO ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

I- Características sociodemográficas

Identificação: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Profissão: _____

II- Informações acerca da formação profissional e experiência prática em terapia intensiva

Tempo de formação: _____

Pós-graduação: _____

Áreas de pós-graduação: _____

Tempo de atuação em UTI: _____

Tempo de atuação no HUGO: _____

Formação específica em Terapia Intensiva:

Local: _____ Período: _____

Regime de trabalho na instituição: _____

Carga horária semanal: _____

III- Perguntas Norteadoras Utilizadas na Entrevista com os Profissionais de Saúde

- Conte-me como tem sido a sua experiência no processo de cuidar de pessoas em morte encefálica?
- O que significa para você cuidar pessoas em morte encefálica?
- Quais os desafios à equipe multiprofissional que atua na UTI enfrentam no processo de cuidar de pessoas em morte encefálica?

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EXPERIÊNCIA DA GESTÃO DO PROCESSO DE CUIDAR DE PESSOAS EM MORTE ENCEFÁLICA: ESTUDO DE CASO QUALITATIVO

Pesquisador: NAILIN MELINA PIRES DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59734816.0.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.821.634

Apresentação do Projeto:

"Trata-se de um estudo de caso qualitativo segundo os pressupostos da hermenêutica moderna, que terá como objetivo explorar a experiência vivenciada por profissionais de saúde intensivistas no processo de gestão do cuidado de pessoas em morte encefálica e compreender o significado do processo de cuidar de pessoas em morte encefálica. O grupo social pesquisado será composto por profissionais de saúde no contexto da terapia intensiva frente ao processo de gestão de cuidar de pessoas com diagnóstico de morte encefálica e seus familiares. Os dados serão coletados de novembro de 2016 à abril de 2017, por meio de entrevistas semi-estruturadas, o procedimento de amostragem será intencional e por saturação teórica conduzida de modo processual, mediante o processo simultâneo de coleta e análise preliminar dos dados. Serão convidados a participar oito enfermeiros, oito médicos e oito técnicos de enfermagem, tendo uma amostra final de 24 participantes. A pesquisadora identificará entre as pessoas que atenderem aos critérios para o recrutamento aqueles que têm mais experiência e vivência no contexto investigado. A análise temática qualitativa

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 1.821.634

será conduzida considerando as etapas de redução e organização dos dados, construção das unidades de significados, identificação dos núcleos temáticos e interpretação dos resultados, construídos a partir da narrativa dos participantes, do referencial teórico, das percepções e reflexões dos pesquisadores. Os resultados do estudo poderão contribuir para a transformação na gestão do cuidado, na doação de órgãos, ampliando as possibilidades de intervenções, no que se refere às ações de gerência do cuidado de forma sistematizada."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Explorar a experiência vivenciada por profissionais de saúde intensivistas no processo de gestão do cuidado de pessoas em morte

encefálica. Compreender o significado do processo de cuidar de pessoas em morte encefálica.

Objetivo Secundário:

NAO SE APLICA"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de resposta à pendências

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de resposta à pendências

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de resposta à pendências

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores responderam todas as pendências adequadamente - Projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.089

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@puagoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.821.634

3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_782489.pdf	08/10/2016 10:59:56		Aceito
Outros	Resposta_a_Pendencia_emitida_pelo_CEP.pdf	08/10/2016 10:59:03	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_REFORMULADO.pdf	08/10/2016 10:58:22	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_REFORMULADO.pdf	08/10/2016 10:57:56	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	proponente_co_participante.pdf	01/09/2016 15:41:19	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Aceito
Outros	6_APENDICE_B.pdf	29/08/2016 18:40:43	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Aceito
Orçamento	5_ORCAMENTO.pdf	29/08/2016 18:37:50	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Aceito
Cronograma	4_CRONOGRAMA.pdf	29/08/2016 18:37:39	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_ASS.pdf	29/08/2016 16:35:01	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Aceito
Outros	curriculo_lattes_nailin.pdf	29/08/2016 16:28:24	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Aceito
Outros	Lattes_Vanessa_Vila.pdf	29/08/2016 13:41:22	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucoaias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.821.634

GOIANIA, 16 de Novembro de 2016

Assinado por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: csp@pucgoias.edu.br

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO COPARTICIPANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE
GOIÂNIA - HUGO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EXPERIÊNCIA DA GESTÃO DO PROCESSO DE CUIDAR DE PESSOAS EM MORTE ENCEFÁLICA: ESTUDO DE CASO QUALITATIVO

Pesquisador: NAILIN MELINA PIRES DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59734816.0.3001.0033

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.838.720

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa está vinculado ao projeto integrado "A experiência vivenciada nas transições do cuidado nos sistemas de saúde: perspectivas de pessoas com condições crônicas e cuidadores familiares e profissionais de saúde". Esta proposta de dissertação de mestrado está inserida nas atividades acadêmicas do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Atenção à Saúde. Insere-se na linha de pesquisa Teorias, Métodos e Processos de Cuidar em Saúde.

INTRODUÇÃO

A gestão do cuidar frente ao diagnóstico de morte encefálica (ME) é uma questão complexa que envolve fragilidades organizacionais e assistenciais que dificultam a implementação dos protocolos clínicos de ME e o adequado manejo do processo de doação de órgãos (JOFFE, 2006; MENESES et al., 2010; LAGO et al., 2007). Essas fragilidades acarretam prejuízos para o processo de cuidar das pessoas nessa situação, em especial, os familiares que vivenciarão o enfrentamento da finitude da vida e do luto, assim como, em alguns casos, deverão tomar a decisão de consentir, ou não, a doação de órgãos (BITENCOURT et al., 2007; FREIRE et al., 2012; LIMA BATISTA; BARBOSA, 2013; RAMOS; MARTINS, 2010).

Endereço: AV. 31 DE MARÇO ESQ. C/5ª RADIAL S/Nº - SETOR PEDRO LUDOVICO
Bairro: HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA - CEP: 74.629-200
UF: GO **Município:** GOIÂNIA
Telefone: (52)3201-4332 **Fax:** (52)3201-4332 **E-mail:** cepmh_hugo_ues@yahoo.com.br

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÂNIA - HUGO



Continuação do Parecer: 1.036.720

Entre os fatores relacionados a essas fragilidades tem sido apontada a dificuldade dos profissionais de saúde, em estabelecer e confirmar o diagnóstico de ME, bem como, os déficits organizacionais que dificultam a instituição dos protocolos clínicos, de modo padronizado, atendendo a todos os requisitos preconizados na legislação brasileira (GALVÃO et al., 2009; RAMOS; MARTINS, 2010). A maioria dos pesquisadores ressaltam a necessidade da uniformidade entre os diversos protocolos, para o diagnóstico de ME, o que ainda não foi alcançado (GREER et al., 2008; LAGO et al., 2007; RAMOS; MARTINS, 2010; RODRIGUES et al., 2013).

A morte encefálica tem sido discutida e investigada sob três perspectivas: o prolongamento da vida de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva e a distanásia; a ocupação de leitos de UTI, por pacientes sem prognóstico de melhora; o aproveitamento de órgãos para transplante, nas pessoas que atendem aos critérios definidos segundo o protocolo brasileiro (RAMOS; MARTINS, 2010). Além disso, tem sido questionado o nível de conhecimento de profissionais de saúde frente ao diagnóstico de ME, para que sejam instituídos protocolos clínicos mais eficazes que garantam a segurança no processo de tomada de decisão clínica compartilhada, entre profissionais de saúde e familiares, viabilizando o processo de doação e transplante (KIM; FISHER; ELLIOTT, 2006; MEYER; BJORK; EIDE, 2012; MORAES; MASSAROLLO, 2009; SHEIN et al., 2008).

Um estudo brasileiro apontou que os critérios de morte encefálica se diferenciam caso a caso e geram questionamentos (MENESES et al., 2010). Além disso, os médicos constantemente vivenciam grandes dilemas na decisão de suspender os esforços de reanimação de um paciente, já que o diagnóstico e a constatação de morte encefálica devem ser absolutamente seguros. Os pesquisadores identificaram que a eficácia do diagnóstico de ME está prejudicada por problemas estruturais relacionados à carência de recursos humanos e tecnológicos, inviabilizando, quando indicado, o processo de doação de órgãos (MENESES et al., 2010).

Como enfermeira assistencial intensivista, vivencio diariamente o cuidado de pessoas em morte encefálica em uma Unidade de Terapia Intensiva. A experiência cotidiana mostra que adultos jovens, com traumatismo crânioencefálico e acidente vascular cerebral, quando evoluem para ME, tornam-se potenciais doadores de órgãos e, quando se inicia o processo para a confirmação do diagnóstico, os profissionais passam a vivenciar tensões no processo de cuidar relacionadas principalmente a confirmação diagnóstica, ao processo de consentimento livre e esclarecido, para

Endereço: AV. 31 DE MARÇO ESQ. CEP RADIAL S/Nº - SETOR PEDRO LUDOVICO
Bairro: HOSPITAL DE URGENCIAS DE GOIÂNIA CEP: 74.809-200
UF: GO Município: GOIÂNIA
Telefone: (62)3201-4332 Fax: (62)3201-4332 E-mail: cepnh_hugo_sme@yahoo.com.br

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÂNIA - HUGO



Continuação do Parecer: 1.838.730

o potencial doação de órgãos e, quando consentida a doação, a manutenção do potencial doador.

Estudos brasileiros identificaram que os conflitos éticos vivenciados por profissionais de saúde na gestão do cuidar diante do paciente em morte encefálica, enfatizam-se pela não aceitação da morte encefálica, pelo fato de que o paciente considerado clinicamente morto, mas apresenta características de uma pessoa viva, levando esses profissionais a não cuidarem adequadamente, mantendo-se afastados dos pacientes e seus familiares, ou mesmo negligenciando os pacientes nesta condição (CAVALCANTE et al., 2014; ARAÚJO; MASSAROLLO, 2014). Estudo etnográfico conduzido com o objetivo de descrever a vivência da equipe de enfermagem no cuidar de potenciais doadores de órgãos, em morte encefálica, evidenciou que as pessoas em ME eram menos cuidadas pela equipe de enfermagem que, por sua vez, os viam apenas como um corpo e não como uma pessoa a ser cuidada (LEMES; BASTOS, 2007).

Estudos internacionais identificaram que o diagnóstico de ME precisa ser entendido e conhecido por médicos e enfermeiros intensivistas, por se tratar de um conceito relativamente novo e pouco divulgado na sociedade, ainda não é bem assimilado pelos profissionais de saúde. Os pesquisadores apontaram que as deficiências de conhecimento sobre o diagnóstico de ME e as atitudes negativas em relação à doação de órgãos, por parte destes profissionais, estão entre as principais causas da não efetivação da doação de órgãos (SHABANZADEH et al., 2009; VLAISAVLJEVI et al., 2014).

Os pesquisadores descrevem a importância da condução de novos estudos para explorar e aprofundar a compreensão da complexa realidade social vivenciada por profissionais de saúde intensivistas, que lidam em seu cotidiano, com a gestão do processo de cuidar de pessoas em morte encefálica e seus familiares. Além disso, é necessário identificar o nível de conhecimento da equipe intensivista sobre diagnóstico de ME (CAMPONOGARA et al., 2012; VIRGINIO et al., 2014; ORÓY; STROMSKAG; GJENGEDAL, 2015).

Endereço: AV. 31 DE MARÇO ESQ. COM. RADIAL S/Nº - SETOR PEDRO LUDOVICO

Bairro: HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA - CEP: 74.820-200

UF: GO Município: GOIÂNIA

Telefone: (62)3201-4332

Fax: (62)3201-4332

E-mail: cepnh_hugo_ses@yahoo.com.br

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÂNIA - HUGO



Continuação do Parecer: 1.838.720

JUSTIFICATIVA: Trata-se de uma temática pouco explorada, no contexto mundial e brasileiro, e a perspectiva de aprofundar a compreensão da realidade vivenciada pela equipe multiprofissional intensivista, em relação ao processo de cuidar no contexto da morte encefálica poderá evidenciar lacunas assistenciais e as demandas de intervenções individuais e coletivas, que tragam segurança e qualidade a atenção à saúde de pessoas que vivenciarão essa situação clínica. A relevância deste estudo decore de questões importantes e atuais, auxiliando os profissionais intensivistas no gerenciamento do cuidado prestado a pessoa em morte encefálica, acerca da sistematização da assistência, bem como uma reavaliação dos processos de trabalho da equipe em nível institucional. Esta temática apresenta também uma relevância social, pois a pessoa em morte encefálica é apenas o início de todo o processo de doação de órgãos e tecidos, a qual envolve ações de gestão do cuidar dos profissionais, em uma perspectiva social e ética, abarcando as dimensões de cidadania, política e da politividade do cuidado junto às famílias e ao potencial doador. O estudo poderá contribuir para a transformação na gestão do cuidado, na doação de órgãos, ampliando as possibilidades de intervenções, no que se refere às ações de gerência do cuidado de forma sistematizada.

HIPÓTESE: Não há descrição da hipótese. A pesquisa será conduzida a partir das seguintes questões: Qual é a experiência vivenciada por profissionais de saúde frente ao processo de cuidar de pessoas em morte encefálica? Qual é o significado atribuído por profissionais de saúde ao cuidar de pessoas em morte encefálica?

METODOLOGIA:

Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso qualitativo interpretativo que será conduzida segundo os pressupostos metodológicos da hermenêutica moderna. O estudo de caso qualitativo investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade, em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente evidentes (YIN, 2010). A preocupação central desse tipo de pesquisa é a compreensão do caso, que pode ser simples ou complexo, individual ou coletivo, pois constitui uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada (YIN, 2010). É utilizado para descrever, explorar, entender ou avaliar os fenômenos de interesse, usando uma variedade de fontes dados, assegurando que a pesquisa seja

Endereço: AV. 31 DE MARÇO ESQ. C/SP RADIAL S/Nº - BEMER PEDRO LUDOVICO
Bairro: HOSPITAL DE URGENCIAS DE GOIÂNIA CEP: 74.820-300
UF: GO Município: GOIÂNIA
Telefone: (62)3201-4332 Fax: (62)3201-4332 E-mail: ocmth_hugo_ama@yahoo.com.br

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÂNIA - HUGO



Continuação do Protocolo: 1.036.730

explorada por uma variedade de lentes que permitam múltiplas facetas do fenômeno a ser revelado e compreendido (BAXTER; JACK, 2008).

Esse método é aplicado, para explicar ligações causais nas intervenções na vida real que são muito complexas para serem abordadas por pesquisas e/ou estratégias experimentais (YIN, 2010). Essa abordagem metodológica é bastante valiosa para o estudo de fenômenos complexos como a gestão do cuidado em saúde e permite que o pesquisador explore a percepção dos indivíduos e das organizações, por meio de técnicas de coleta de dados que permitirão aprofundar o conhecimento da complexa realidade social envolvida na questão em estudo (ANTHONY; JACK, 2009; BAXTER; JACK, 2008).

Para garantir o rigor metodológico em estudos de caso qualitativos Whitemore et al., 2001, recomendam garantir a autenticidade ou atenção às vozes dos participantes; a credibilidade, uma reflexão acerca dos resultados; a criticidade compreendida como a crítica para cada decisão tomada ao longo da pesquisa e a integridade demonstrada pela reflexão e autocrítica do pesquisador.

No presente estudo, os casos a serem estudados estarão relacionados à realidade social complexa vivenciada por profissionais de saúde que atuam em unidade de terapia intensiva frente ao processo de gestão de cuidar de pessoas com diagnóstico de morte encefálica e seus familiares.

Participarão do estudo todos os profissionais que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: ter no mínimo dois anos de experiência em terapia intensiva. Serão excluídos, os profissionais que estiverem de férias, licença maternidade e licença médica no período de coleta de dados.

O procedimento de amostragem será intencional e por saturação teórica conduzida de modo processual, mediante o processo simultâneo de coleta e análise preliminar dos dados. Para descrever e compreender a natureza da realidade por meio dos olhos dos participantes com atenção cuidadosa, dados detalhados e ricos são valorizados, e os participantes muitas vezes são selecionados pela sua capacidade de informação sobre o tema/fenômeno de interesse. A relação pesquisador e participante torna-se uma importante ferramenta de pesquisa com um potencial enriquecedor de descobertas (MILNE; OBERLE, 2005).

Serão convidados a participar oito enfermeiros, oito médicos e oito técnicos.

Endereço: AV. 31 DE MARÇO ESQ. C/P RADIAL S/Nº - SETOR PEDRO LUDOVICO
Bairro: HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA CEP: 74.620-200
UF: GO Município: GOIÂNIA
Telefone: (62)3201-4332 Fax: (62)3201-4332 E-mail: cepnh_hugo_ame@yahoo.com.br

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÂNIA - HUGO



Continuação do Projeto: 1.030.720

de enfermagem, tendo uma amostra final de 24 participantes. A pesquisadora identificará entre as pessoas que atenderem aos critérios para o recrutamento aqueles que têm mais experiência e vivência no contexto investigado. O objetivo aqui é ter acesso aos informantes que terão a possibilidade de descrever do modo mais fidedigno possível o processo de gestão do cuidado de pessoas em morte encefálica. O recrutamento será feito por meio de uma listagem disponibilizada pela coordenação de enfermagem da unidade, onde constarão os nomes de todos os profissionais que atuam nessa unidade. Serão primeiramente selecionados os profissionais que tiverem mais tempo de atuação nessa referida unidade de terapia intensiva e experiência profissional, posteriormente não sendo capaz de alcançar o número estimado de participantes faremos o recrutamento pelos profissionais que apresentarem mais experiência e vivência com a temática.

Estima-se que ao todo participarão 24 pessoas. No entanto esse número poderá sofrer alterações em função da saturação teórica que será checada em cada caso em estudo e entre os casos. Para isso, está prevista a realização de mais de uma entrevista por participante relacionado, principalmente, a necessidade de rever as lacunas da coleta, aprofundar e checar com cada participante a análise preliminar para garantir o rigor metodológico.

Dentro da pesquisa qualitativa, a suficiência do tamanho da amostra é medida pela profundidade dos dados, em vez de frequência e, portanto, as amostras devem consistir dos participantes que melhor representam o tema da pesquisa (MORSE, 2000).

A amostragem refere-se à demonstração que a saturação tiver sido alcançada, significa que a profundidade bem como o aprofundamento da informação é obtido. Esse processo é checado ao longo do processo simultâneo de coleta e análise preliminar dos dados (O REILLY; PARKER, 2012).

Para se alcançar a saturação existem inúmeros fatores associados, incluindo: o âmbito do estudo, a natureza do tema, a qualidade dos dados, o desenho do estudo e a utilização de dados sombreados.

Nesse sentido, os pesquisadores utilizaram dos procedimentos metodológicos previstos para o delineamento de estudos qualitativos para a definição do tamanho da amostra. Essa tomada de decisão será feita de modo coletivo pelos pesquisadores envolvidos

Endereço: AV. 31 DE MARÇO ESQ. C/P RADIAL, S/Nº - SETOR PEDRO LUDOVICO
 Bairro: HOSPITAL DE URGENCIAS DE GOIÂNIA CEP: 74.820-300
 UF: GO Município: GOIÂNIA
 Telefone: (62)3201-4332 Fax: (62)3201-4332 E-mail: capmh_hugo_aee@yaho.com.br

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÂNIA - HUGO



Continuação do Parecer: 1.838.730

no processo de coleta e análise preliminar dos dados qualitativos.

Os dados serão coletados, de novembro de 2016 a abril de 2017, mediante a autorização dos responsáveis técnicos da instituição e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), como previsto pela resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

A coleta de dados será processual e simultânea a análise de dados. No primeiro momento, para definir o grupo social, a pesquisadora fará uma aproximação com o campo hospitalar e elaborará uma lista a partir de informações obtidas na gerência de enfermagem com seus respectivos horários de trabalho. Inicialmente, identificará os profissionais que atenderem aos critérios de inclusão, profissionais que apresentarem experiência no cuidar de pessoas em morte encefálica. Após identificar os potenciais participantes, a pesquisadora fará o primeiro contato com o profissional, em local privativo da própria instituição hospitalar.

Esse contato terá como finalidade apresentar os objetivos da pesquisa, esclarecer sobre os riscos, benefícios e as contribuições de sua participação no estudo. Nessa oportunidade será feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, para aqueles que concordarem, será solicitada a assinatura em duas vias, como preconizado na resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) (APÊNDICE A). Após obtido o consentimento será iniciado a coleta de dados.

Os dados serão coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, individuais e em profundidade. Serão realizadas em local privativo, preferencialmente fora do local de trabalho e no local que o participante escolher. Será definido com o participante o dia e horário fora do horário de trabalho para realizar a entrevista. Caso o participante aceite que a entrevista seja realizada no local de trabalho, esta não poderá interferir nas atividades profissionais e na rotina de trabalho da UTI em estudo. A entrevista poderá durar em torno de uma hora, podendo até ser realizada mais de uma entrevista. O roteiro dessas entrevistas contemplará dados relacionados à caracterização sócio-demográfica e ocupacional dos participantes. As questões norteadoras dessas entrevistas serão: Conte-me como tem sido a sua experiência no processo de cuidar de pessoas em morte encefálica? O que significa para você cuidar de pessoas em morte encefálica? Quais os desafios a equipe multiprofissional que atua na UTI enfrenta no processo de cuidar de pessoas em morte encefálica? (APÊNDICE B).

Endereço: AV. 31 DE MARÇO S/Nº, C.S.P. RADIAL S/Nº - SETOR PEDRO LUDOVICO
Bairro: HOSPITAL DE URGENCIAS DE GOIÂNIA CEP: 74.806-300
UF: GO Município: GOIÂNIA
Telefone: (62)3201-4332 Fax: (62)3201-4332 E-mail: cexemh_hugo_ses@yahoo.com.br

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÂNIA - HUGO



Continuação do Formulário: 1.008.720

Considerando que o processo de coleta e análise serão simultâneos para possibilitar o aprofundamento das descrições, o número de entrevistas por participante será definido mediante a saturação teórica das informações. A saturação das informações será checada em cada caso e, também entre os casos. Esse procedimento é fundamental para reaver as lacunas da coleta, aprofundar e checar com cada participante a análise preliminar para garantir o rigor metodológico em estudos qualitativos (MILNE; OBERLE, 2005).

As entrevistas serão gravadas por meio do MP3, mediante o consentimento dos participantes e, posteriormente, transcritas na íntegra para a análise dos dados. Cada entrevista será identificada apenas numericamente, para o controle da pesquisadora, garantindo com isso o anonimato dos participantes. As entrevistas poderão ser interrompidas a qualquer momento, a pedido do participante do estudo. Para os casos em que não forem consentidas, as entrevistas serão registradas de modo manuscrito.

POPULAÇÃO A SER ESTUDADA/AMOSTRA:

LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA: Será explorado o contexto de cuidar de pessoas em morte encefálica em uma instituição hospitalar, pública, de grande porte no município de Goiânia, referência para o atendimento de vítimas de emergências traumáticas e referência para toda a região Centro-Oeste. Nessa instituição são atendidos exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde. O Hospital dispõe de 57 leitos de terapia intensiva, divididos em quatro unidades denominadas UTI-1, UTI-2, UTI-3 e UTI-4. Optou-se por desenvolver o estudo na UTI-3, que consiste na unidade especializada no atendimento a pacientes neurológicos e na qual têm sido observado taxas elevadas de ME. O quadro de profissionais de saúde que atuam nessa unidade é composto por dois médicos coordenadores, 18 (dezoito) médicos plantonistas, uma coordenadora de enfermagem, sete enfermeiros assistenciais e 39 (trinta e nove) técnicos de enfermagem.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO: Participarão do estudo todos os profissionais que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: ter no mínimo dois anos de experiência em terapia intensiva.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO: Serão excluídos, os profissionais que estiverem de férias, licença maternidade e licença médica no período de coleta de dados.

Endereço: AV. 31 DE MARÇO ESQ. C/5ª RADIAL S/Nº - SETOR PEDRO LUDOVICO
 Bairro: HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA CEP: 74.820-200
 UF: GO Município: GOIÂNIA
 Telefone: (62)3201-4332 Fax: (62)3201-4332 E-mail: cepmh_hugo_ses@yahoo.com.br

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÂNIA - HUGO



Continuação do Parecer: 1.838.730

Objetivo da Pesquisa:

- Explorar a experiência vivenciada por profissionais de saúde intensivistas no processo de gestão do cuidado de pessoas em morte encefálica.

-Compreender o significado do processo de cuidar de pessoas em morte encefálica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Esta pesquisa oferece riscos mínimos relacionados à possibilidade de desconfortos, e reações emocionais tais como: o choro, a inibição, a vergonha, o receio no momento da entrevista, a impaciência relacionada ao processo de coleta de dados, entre outros. Caso o participante sinta a necessidade, receberá assistência integral, imediata, gratuita, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa.

BENEFÍCIOS: Os profissionais serão informados que entre os benefícios esperados com os resultados, inclui-se a compreensão do processo de cuidar em morte encefálica, e identificar quais tem sido os desafios para a implementação do protocolo de morte encefálica em seu cotidiano de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

Recomendações:

Recomendamos que no roteiro da entrevista semi-estruturada não seja utilizada a identificação do participante. Recomendamos atribuir um "Número" para que seja garantido o sigilo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e/ou inadequações. Projeto aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situaç
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_782489.pdf	08/10/2016 10:59:56		Aceit

Endereço: AV. 31 DE MARÇO ESQ. C/SP RADIAL S/Nº - SETOR PEDRO LUDOVICO

Bairro: HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA CEP: 74.820-200

UF: GO Município: GOIÂNIA

Telefone: (62)3201-4332

Fax: (62)3201-4332

E-mail: cexmh_hugo_sme@yahoo.com.br

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÂNIA - HUGO



Continuação do Parecer: 1.008.720

Outros	Resposta_a_Pendencia_emitida_pelo_CEP.pdf	08/10/2016 10:59:03	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_REFORMULADO.pdf	08/10/2016 10:58:22	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_REFORMULADO.pdf	08/10/2016 10:57:56	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_782489.pdf	01/09/2016 15:41:38		Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	proponente_co_participante.pdf	01/09/2016 15:41:19	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	29/08/2016 20:50:56	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_A_TCLE.pdf	29/08/2016 20:47:54	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Acelto
Outros	7_APENDICE_C.pdf	29/08/2016 18:41:02	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Acelto
Outros	6_APENDICE_B.pdf	29/08/2016 18:40:43	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Acelto
Orçamento	5_ORCAMENTO.pdf	29/08/2016 18:37:50	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Acelto
Cronograma	4_CRONOGRAMA.pdf	29/08/2016 18:37:39	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_ASS.pdf	29/08/2016 16:35:01	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Acelto
Outros	curriculo_lattes_nailin.pdf	29/08/2016 16:28:24	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Acelto
Outros	Lattes_Vanessa_Vila.pdf	29/08/2016 13:41:22	NAILIN MELINA PIRES DA SILVA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: AV. 31 DE MARÇO ESQ. C/PA RADIAL S/Nº-SETOR PEDRO LUDOVICO
 Bairro: HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA CEP: 74.820-300
 UF: GO Município: GOIÂNIA
 Telefone: (62)3201-4332 Fax: (62)3201-4332 E-mail: cepmh_hugo_gms@yahoo.com.br

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE
GOIÂNIA - HUGO



Continuação do Processo: 1.038.720

GOIANIA, 28 de Novembro de 2016

Assinado por:
Marília Lopes Bortolini Franco
(Coordenador)

Endereço: AV. 31 DE MARÇO ESQ. C/SP RADIAL S/Nº - SETOR PEDRO LUDOVICO
Bairro: HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA CEP: 74.820-200
UF: GO Município: GOIÂNIA
Telefone: (62)3201-4332 Fax: (62)3201-4332 E-mail: ccomh_hugo_aem@yahoo.com.br