

Significados do cuidado ao paciente com morte encefálica para enfermeiros de unidade de terapia intensiva

Meanings of brain-dead patient care for intensive care unit nurses

Significados de la atención al paciente con muerte cerebral para enfermeras de unidades de cuidados intensivos

Recebido: 15/04/2022 | Revisado: 23/04/2022 | Aceito: 01/05/2022 | Publicado: 03/05/2022

Natalie Garcia Domingos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0823-0954>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: nataliegarcia77@gmail.com

Nen Nalú Alves das Mercês

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5843-8329>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: nennalu@gmail.com

Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar os significados do cuidado ao paciente em morte encefálica na perspectiva de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva adulto. Metodologia: Estudo qualitativo, descritivo, exploratório, com 35 enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva adulto de hospitais públicos e privados das Regiões Sudeste e Sul do Brasil, realizado de março a setembro de 2020. As entrevistas foram audiogravadas, e, posteriormente transcritas e transportadas para o Software *Interface de R pourles Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*. Resultados: Emergiram duas categorias: Protocolo de morte encefálica direcionando o cuidado e vivenciando o cuidado ao paciente com morte cerebral. O diagnóstico de morte encefálica foi descrito como algo normal, que segue protocolo seguro e sistematizado, direcionado aos cuidados de enfermagem na possibilidade da doação de órgãos. Os enfermeiros consideraram o cuidado ao paciente em morte encefálica como um evento triste, principalmente por ser uma situação irreversível, e por presenciar o sofrimento e a dor dos familiares. Considerações finais: Identificou-se que o cuidado ao paciente em morte encefálica é envolto por sentimentos, emoções e opiniões, que podem contribuir ou divergir ao diagnóstico, o que reforça a necessidade de refletir e quebrar os paradigmas relacionados ao tema.

Palavras-chave: Assistência ao paciente; Cuidados críticos; Cuidados de enfermagem; Morte encefálica; Unidades de terapia intensiva.

Abstract

The objective of this study was to identify the meanings of care for patients with brain death from the perspective of nurses in an adult Intensive Care Unit. Methodology: Qualitative, descriptive, exploratory study, with 35 nurses working in intensive and private care in the Southeast regions of Brazil, carried out from March to September 2020, and transported to the Software *Interface de R pourles Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*. Results: Two categories emerged: Brain death protocol directing care and experiencing care for brain-dead patients. The diagnosis of brain death was described as something normal, which follows a safe and systematized protocol, aimed at nursing care in the possibility of organ donation. Nurses considered the care of patients with brain death as a sad event, mainly because it is an irreversible situation, and because they witness the suffering and pain of family members. Final considerations: It was identified that the care of the patient with brain death is surrounded by feelings, emotions and opinions, which can contribute or diverge to the diagnosis, which reinforces the need to reflect and break the paradigms related to the theme.

Keywords: Patient care; Critical care; Nursing care; Brain death; Intensive care units.

Resumen

El objetivo de este estudio fue identificar los significados del cuidado a pacientes con muerte encefálica en la perspectiva de enfermeros de una Unidad de Cuidados Intensivos de adultos. Metodología: Estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio con 35 enfermeros que actúan en unidades de cuidados intensivos de adultos de hospitales públicos y privados de las regiones Sudeste y Sur de Brasil, realizado de marzo a septiembre de 2020. Las entrevistas fueron audiogravadas, posteriormente transcritas y transportadas para el Software *Interface de R pourles Analisis Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*. Resultados: Emergieron dos categorías: Protocolo de muerte cerebral dirigiendo el cuidado y experimentando el cuidado de pacientes con muerte cerebral. El diagnóstico de muerte encefálica fue descrito como algo normal, que sigue un protocolo seguro y sistematizado, orientado al cuidado

de enfermagem ante la posibilidad de donación de órganos. Los enfermeros consideraron el cuidado de pacientes con muerte encefálica como un evento triste, principalmente por tratarse de una situación irreversible, y por ser testigos del sufrimiento y dolor de los familiares. Consideraciones finales: Se identificó que el cuidado del paciente con muerte encefálica está rodeado de sentimientos, emociones y opiniones, que pueden contribuir o divergir al diagnóstico, lo que refuerza la necesidad de reflexionar y romper los paradigmas relacionados con la tema.

Palabras clave: Atención al paciente; Cuidados críticos; Atención de enfermería; Muerte encefálica; Unidades de cuidados intensivos.

1. Introdução

A morte encefálica (ME) é descrita como a perda completa e irreversível das funções responsáveis pela coordenação de todas as atividades do organismo, sendo diagnosticada por protocolo rigoroso com os achados clínicos e neurológicos (McMahan, 2006; Conselho Federal de Medicina, 2017). Apesar de ser amplamente utilizada e estabelecida como critério para a morte do organismo, a ME ainda persiste como objeto de controvérsias acerca da falência orgânica (Whetstone, 2007).

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina definiu as diretrizes para o diagnóstico de ME, dando o respaldo aos profissionais médicos na legalidade e no caráter ético, para a suspensão do suporte terapêutico aos pacientes com diagnóstico confirmado (Conselho Federal de Medicina, 2017). Todavia, mesmo a luz da legislação, a ME é intrincado por questões filosóficas, religiosas, sociais e emocionais, em razão de que a morte é considerada um tabu na sociedade ocidental e perturba sobremaneira os profissionais de saúde, que se voltam para a preservação da vida e cura das enfermidades, percebendo-a como um fracasso profissional (Lima et al., 2009).

Pondera-se que o cuidado aos pacientes em ME na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) desperta sentimento de tristeza, estresse, angústia e medo, além de frustrações, em razão do estabelecimento de vínculos e pela identificação da condição humana de finitude (Lima, 2012; Souza et al., 2015). Os enfermeiros ao prestarem assistência aos pacientes em ME, envolvem-se com paradoxos dos conceitos tradicionais da profissão, os quais são pautados no cuidado e na perspectiva de recuperação (Magalhães et al., 2018).

Para desempenhar a assistência a esses pacientes, faz-se necessário obter conhecimento técnico e científico. Além de estrutura psicológica para lidar com as emoções dos familiares, que por muitas vezes apresentam estado de choque, tristeza, dor e confiança na fé para a sobrevivência de seu ente, fatores que podem afetar a qualidade do atendimento e do diagnóstico de ME (Costa et al., 2016).

Destarte que na literatura, a temática do cuidado que os enfermeiros desenvolvem com os pacientes em ME são pouco explorados, tampouco, o significado deste. Em razão da necessidade de conhecer a perspectiva dos enfermeiros que prestam assistência direta ao paciente, desde o processo diagnóstico ao atendimento a família enlutada, este estudo teve como objetivo identificar os significados do cuidado ao paciente em ME na perspectiva de enfermeiros de UTI adulto.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, que seguiu as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Souza et al., 2021). Participaram do estudo 35 enfermeiros das Regiões Sul e Sudeste do Brasil, atuantes em UTI adulto. O convite para a participação foi realizado primariamente por contato direto, e posteriormente utilizou-se a amostragem em *snowball*, a qual tem como objetivo obter informações de pessoas interessadas em participar de pesquisa por indicação dos entrevistados. Solicitou-se pelo menos uma indicação para cada participante.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão: ser enfermeiro; ter prestado assistência direta à paciente em ME; e ter acompanhado pelo menos cinco protocolos de ME. Excluiu-se os enfermeiros que estavam em período de afastamento ou que estivessem atuando em cargos de chefia.

A coleta de dados ocorreu de março a setembro de 2020, por meio de entrevistas realizadas pessoalmente por uma enfermeira intensivista (autora do estudo), por telefone, vídeo chamadas por softwares e/ou por mensagens de voz via aplicativo, as quais foram previamente agendadas e audiogravadas, independentemente da forma empregada. No primeiro momento, aplicou-se uma ficha de caracterização com dados pessoais, profissionais e sociodemográficos, contendo: nome, telefone, sexo, idade, religião, tempo de formação, tempo de serviço na instituição, tempo de serviço na UTI, e número de protocolos em que prestou cuidado.

No segundo momento, procedeu-se com a entrevista semiestruturada com uso de roteiro composto pelas questões disparadoras: o que significa ME para você? O que significa para você cuidar de um paciente em ME confirmada? Como você se sente cuidando de um paciente com suspeita de ME? Você considera o cuidado a este paciente igual ao de outro paciente da UTI? Qual a sua opinião sobre o protocolo de ME? Qual a sua participação no protocolo de ME? e Conte uma experiência que te marcou.

Todas as entrevistas foram audiogravadas, sendo utilizado dois gravadores digitais (aparelho celular e gravador portátil). A duração média das entrevistas foi de 20 minutos. Posteriormente, foram transcritas na íntegra em formato de *corpus* textuais, organizando as informações em blocos ou seguimentos de texto. Após o preparo, foram transportadas para o software *interface de r pourles analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires* (IRAMUTEQ® versão 0.7 alpha 2 e r versão 3.2.3), que auxiliou na organização das classes por meio da análise de similaridades entre as sentenças, apresentadas por representações gráficas. Analisou-se as classes obtidas e estabeleceu-se duas categorias para interpretação dos dados extraídos. Os dados sociodemográficos dos participantes foi analisado por frequência simples (n) e relativa (%).

O estudo desenvolvido respeitou as normas éticas exigidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), conforme a Resolução nº 466/2012, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos de um Hospital Público da Capital do Paraná, sob o CAAE nº 24288819.3.0000.0096 e Parecer nº 3.792.986 de 02 de janeiro de 2020. Salienta-se que a fim de preservar o anonimato dos participantes identificou-os pela letra “E” seguido de número correspondente a sequência em ocorreu as entrevistas.

3. Resultados

Dos 35 participantes do estudo, 94,2% possuíam ≤ 10 anos na instituição, 77,1% eram do sexo feminino e 74,2% tinham de 30 a 40 anos. A caracterização dos enfermeiros participantes é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos participantes (enfermeiros).

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	27	77,1
Masculino	8	22,8
Idade		
30 a 40 anos	26	74,2
>40 anos	9	25,7
Religião		
Católica	21	60,0
Evangélica	7	20,0
Espírita	4	11,4
Sem religião	3	8,5
Formação		
Especialização	26	74,2
Mestrado	8	22,8
Doutorado	1	2,8
Tempo de formação		
5 a 10 anos	15	42,8
>10 anos	20	57,1
Tempo de instituição		
1 a 10 anos	33	94,2
>10 anos	2	5,7
Tempo de UTI		
1 a 5 anos	22	62,8
>5anos	13	37,1
Número de protocolos		
5 a 10	15	42,8
10 a 20	10	28,5
>20	5	14,2

Fonte: Autores.

Foram 35 textos processados pelo Software IRAMUTEQ, referentes as entrevistas, tendo como resultado 859 segmentos de texto, com aproveitamento de 72%. A partir da classificação dos segmentos de texto de acordo com o vocabulário, obtiveram-se as classes relacionadas entre si, que, mediante análise dos significados do cuidado, emergiram duas categorias: protocolo de morte encefálica direcionando o cuidado e vivenciando o cuidado do paciente com morte cerebral.

3.1 Protocolo de morte encefálica direcionando o cuidado

O protocolo é considerado pelos participantes seguro e válido. O atendimento especializado após a suspeita da ME acontece com rapidez, e conta com a equipe multidisciplinar. Foi relatado que o protocolo permite um diagnóstico preciso, no entanto, por ser complexo, faz-se necessário atualizações periódicas, capacitação aos enfermeiros e demais membros da equipe, conforme observado nas falas a seguir:

[...] É um protocolo completo, válido e seguro e dá um diagnóstico conciso e preciso, com as etapas realizadas de forma correta. Não tem margem para dúvida e ele confirma com segurança a morte do paciente. E na minha opinião com a nova mudança do protocolo com a resolução do CFM em 2017, que consegue ser realizado em menor tempo e, isso conta muito no caso de um potencial doador. Então, acho que é realizado em tempo adequado [...] (E2).

[...] É um processo seguro, necessário, que geralmente inicia na suspeita da morte encefálica. Há tomadas de decisões assertivas, em relação ao quadro clínico do paciente. Logicamente é obrigatório seguir rigorosamente o protocolo, respeitando a legislação, com médicos capacitados e credenciados pelo serviço, assim como a equipe de apoio multidisciplinar que tenha treinamento e conhecimento [...] (E3).

Outro aspecto é o planejamento do cuidado detalhado, sua execução com responsabilidade para a suspensão de suporte intensivo e na possibilidade de o paciente ser um potencial doador de órgãos, como verificado nas falas dos participantes E10 e E34.

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

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

Evidenciou-se, também, o rigor do protocolo de ME fundamentado na legalidade e com embasamento científico, observado no depoimento do participante E5.

[...] O protocolo é baseado na legislação, é fundamentado na ciência, portanto devemos seguir, como enfermeiro. Como ciência, é dinâmico, novos entendimentos esporadicamente surgem e se vai adaptando e implementando, conforme a legislação, e a ciência. Ele é uma prática baseada em evidências, então precisamos seguir, sendo o que temos de melhor atualmente [...] (E5).

Houve também relatos acerca da dificuldade de execução do protocolo de ME e do direcionamento ao cuidado, apesar de todos terem participado no mínimo de cinco, as primeiras experiências foram difíceis; e, apesar de ser abordado superficialmente durante a formação na graduação e pós-graduação existe dificuldade na prática, evidenciando a necessidade de capacitações e treinamentos frequentes para o aprimoramento no cuidado prestado.

[...] Eu aprendi na faculdade, mas às vezes se aprende muito vagamente sobre o protocolo de morte encefálica e não tão específico e por não ter experiência, não ter o contato, às vezes fica só na parte teórica. Eu confesso, que foi bem difícil [...] (E7).

Alguns participantes também, destacaram a dor e angústia da família, devido ao tempo necessário para execução do protocolo. No processo de cuidar do paciente, também envolve atenção à família, além de empatia e solidariedade.

[...] O protocolo é bem estruturado, mas é um pouco demorado, gera muita angústia para a família a espera. Já vi protocolos durarem três dias [...] (E9).

[...] O protocolo, além dos exames, abrange a atenção, solidariedade e empatia com a família. Faz você perceber como a família está vendo a situação e até à equipe; de estar preparando a equipe para cuidar do paciente, orientar a respeito desse [...] (E10).

Desta forma é necessário o preparo da equipe, bem como o suporte para os familiares.

3.2 Vivenciando o cuidado ao paciente com morte cerebral

Os participantes relataram como foi vivenciar a ocorrência de morte durante a internação, sendo um momento difícil, complicado, ainda mais por envolver muitas histórias distintas tanto de aspectos pessoais, quanto os desfechos das doenças. Esse momento resulta em demanda de tempo para as orientações e maior atenção à família. Neste contexto, observa-se os sentimentos despertados pela fala do participante E1.

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

Observa-se que a morte é um evento triste, justamente ao presenciar a dor e o sofrimento da família. A vivência no cuidado ao paciente em ME pode afetar as percepções do enfermeiro e muitas vezes refletindo em si mesmo.

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

[...] Teve um paciente, um idoso, fiquei com ele na assistência pela manhã. O protocolo tinha iniciado. No final do plantão a família veio e eu estava cuidando dele e de outro paciente. A família veio visitar e eu senti que a família estava mais preparada do que eu, para aquilo. Eu me senti triste e frustrada e ao mesmo tempo, comovida e depois quando saí do plantão a filha dele falou comigo, me abraçou e agradeceu, e me doeu mais, porque, eu sabia que eu poderia ter feito mais [...] (E13).

É possível perceber diversos sentimentos, emoções e atitudes, despertados pela vivência do cuidado ao paciente em ME. Algumas falas demonstraram angústia, empatia e o sentimento de fragilidade. No entanto há relatos de aspectos positivos e um final de certa forma confortante à família. Os relatos de histórias marcantes vivenciadas no cuidado envolvendo doação de órgãos, salvando outras vidas, como pode ser observado nas falas a seguir:

[...] O paciente era relativamente jovem, evoluiu para morte encefálica, foram realizados todos os cuidados para manter os órgãos viáveis, manta térmica, medicações e posteriormente tomamos conhecimento que diversos órgãos foram captados. Apesar da tristeza da família, a perda, paciente jovem, por outro lado outras famílias ficaram felizes, recebendo órgãos para seus entes queridos. Então, por um lado, há tristeza, perda, mas por outro lado alegrias, várias pessoas, são beneficiadas com um órgão [...] (E5).

[...] uma gestante de sete meses, com aneurisma evoluiu para morte encefálica e mante-se o corpo para que o bebê tivesse maturidade pulmonar para a cesárea. Foi muito emocionante ver que ela não tinha reflexo ou esboçava reação, mas o coração do bebê batia e ele se mexia muito, ainda mais quando a avó e o esposo ficavam falando perto da barriga. Por fim, o bebê nasceu saudável e a família doou os órgãos dela [...] (E28).

4. Discussão

Os participantes relataram como foi vivenciar o processo do diagnóstico de ME, sendo algumas vezes de difícil entendimento dos reais significados e os sentimentos que o permeiam até sua confirmação. A ME foi frequentemente citada como um momento árduo para lidar, principalmente quando acontece com um paciente jovem. Observou-se pelas falas que o diagnóstico, apesar de acontecer de forma rotineira, ainda é um evento triste, justamente por presenciar a dor e a angústia da família, desde a suspeita da lesão cerebral até a perda do ente.

A atuação do enfermeiro é destacada nas falas dos participantes, ficando explícito o envolvimento com os pacientes e a empatia com os familiares. Talvez, pelo fato do conhecimento e olhar amplo que possuem diante das demandas de saúde da população, e pela participação efetiva nos diagnósticos de ME, contribuindo para os avanços no cuidado holístico e humanizado (Alves et al., 2018).

Além disso, o cuidado do enfermeiro a esse paciente incorpora a dicotomia entre a vida e a morte. Pois, ao vivenciar esse processo de cuidado se depara com a fragilidade de sua existência, recordando a própria finitude e a possibilidade de viver tal situação com seus familiares e/ou pessoas próximas. Logo, torna-se difícil aceitar a morte como parte da condição humana. Esta dificuldade é potencializada quando existem vínculos entre enfermeiro e paciente/família.

Salienta-se que o esclarecimento aos familiares sobre o quadro clínico do ente, sobre a definição de ME e a irreversibilidade do quadro, deve ser de forma humanizada e empática, pois a família, na maioria das vezes apresenta dificuldade em aceitar o diagnóstico, e apresentam-se frágeis perante a situação (Gomes al., 2018). Fatos similares encontrados neste estudo são apresentados em uma pesquisa qualitativa, convergente assistencial, que teve como objetivo verificar a percepção dos enfermeiros intensivistas diante da ME e doação de órgãos, que mostrou que esses profissionais sentem a situação de ME como um momento triste e difícil, todavia, inevitável e irreversível. Os autores ressaltam a importância dos profissionais em manterem o conhecimento e o domínio do protocolo, pois o envolvimento dos sentimentos pode trazer dúvidas e desconfortos (Souza et al., 2019).

Em outra pesquisa de abordagem qualitativa, que teve como objetivo analisar a opinião dos enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem ao paciente em ME e potencial doador, também mencionou a complexidade do cuidado, o conflito de assistir a morte ou as outras possibilidades de vida, demonstrando que o enfermeiro desempenha múltiplas atividades as quais são embasadas na Bioética e na técnica, designadas aos pacientes e aos seus familiares, embora reconheçam a necessidade de capacitação e maturidade emocional (Cavalcante et al., 2014). Questões essas que também são observadas nas falas dos participantes deste estudo.

O sentimento de tristeza perante o diagnóstico de ME, também pode se desenvolver pela dúvida gerada quando se verifica que coração do paciente ainda bate, e o questionamento sobre estar vivo e sobre fazer algo para reverter a situação, causando desconforto e um misto de sentimentos (Junqueira et al., 2016). Pesquisa de análise de conteúdo qualitativa convencional, realizada no Irã, objetivou explorar os desafios de enfermagem no cuidado ao paciente com diagnóstico de ME, emergindo temas como os conflitos entre médicos e enfermeiros, o desconforto e estresse ao dar a notícia aos familiares, aflições físicas e psicológicas decorrentes da tensão causada pela complexidade do caso, desencadeando sentimento de falta de apoio e cuidado protetivo (Moghaddam et al., 2018).

O estresse relatado pelos enfermeiros em relação à família, é uma questão desafiadora durante o cuidado ao paciente em ME, pois esses muitas das vezes estão cobertos de dúvidas e incertezas, o que causa desconfiança e diversos questionamentos da assistência prestada. Cabe salientar, que os cuidados de enfermagem não se limitam somente ao paciente em ME, mas também às necessidades dos familiares que estão em momento de crise, dessa forma, o profissional deve assumir uma postura de clareza e empatia, pois a qualquer momento terá de anunciar a má notícia e propor a doação de órgãos e tecido (Flodén et al., 2011; Moghaddam et al., 2018).

Em relação a doação de órgãos, verifica-se que há um paradoxo nos relatos dos participantes, como a tristeza pelo diagnóstico de ME e o sentimento de felicidade por ser um potencial doador e salvar outras vidas. Os participantes citaram a doação de órgãos como algo benéfico à outras pessoas, na possibilidade de dar continuidade e qualidade de vida para os seus receptores. Porém, para que esse processo ocorra adequadamente, faz-se necessário que a equipe multiprofissional seja habilitada e capacitada, que disponibilize de recursos avançados e tecnológicos a fim de oferecer um diagnóstico de ME preciso e dar condições para a manutenção orgânica (Coyle, 2000; Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2017).

Pesquisa realizada em Barcelona na Espanha, teve como objetivo determinar as atitudes e conhecimento da equipe de enfermagem em relação à influência na decisão da doação de órgãos e tecidos. Ao cruzar os dados da pesquisa associou-se as atitudes positivas a doações de órgãos aos enfermeiros atuantes no período noturno e que não seguiam crenças religiosas. Os autores ressaltaram que uma atitude negativa como por exemplo desacreditar no diagnóstico de ME e/ou nos critérios de inclusão da lista de receptores pode afetar significativamente a doação e os cuidados dispensados ao paciente em ME (Lomero et al., 2017).

O conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao protocolo de ME e aos cuidados que envolvem esse processo podem ser considerados insuficientes, uma vez, que necessitam de capacitações contínuas para ampliar a qualidade

dos cuidados prestados. Mesmo com os avanços tecnológicos e a adequação dos protocolos, ainda há muitas falhas de processo e desqualificação dos profissionais (Masoumian et al., 2015).

Nesse sentido, pesquisas sobre educação em saúde permanente, vêm ganhando destaque, pois mostram e reforçam a importância e a necessidade de capacitar os profissionais, para uma assistência especializada e individual (Magalhães et al., 2019). Todavia, além de capacitação e empatia, os profissionais também precisam reconhecer suas limitações e sensações, para que não cause prejuízos e nem distorções de informações (Chuisto et al., 2020).

5. Considerações Finais

Os relatos dos participantes a respeito dos significados da ME foi descrito pelo sofrimento, principalmente por presenciarem a dor dos familiares, desde a abertura do protocolo até a confirmação do diagnóstico. Por outro lado, o protocolo de ME foi considerado seguro, necessário e preciso. Houveram relatos da necessidade de atualizações e capacitações para a sua execução do protocolo e dos cuidados dispensados aos pacientes diagnosticados.

Verificou-se que a ME tinha significado ruim para alguns enfermeiros, principalmente quando em pacientes jovens, trazendo reflexões sobre a precocidades de finitude da vida. Em alguns relatos foi considerada a possibilidade da doação de órgãos, como esperança pela continuidade da vida.

Desta maneira, foi possível apreender, que a ME e os seus significados em torno do processo diagnóstico e do cuidado ao paciente, são permeados por um misto de pensamentos, opiniões e sentimentos. Considera-se a necessidade de discussões e reflexões sobre a temática, do ensino a prática, possibilitando a quebra de paradigmas sobre a morte, visando a melhoria da assistência, com cuidado holístico e assertivo.

Considera-se como limitação desse estudo os efeitos da pandemia da Covid-19, a qual restringiu os encontros presenciais, sendo realizadas as entrevistas por telefone, aplicativo e/ou por vídeo chamada, o que acabou por interferir nas observações do pesquisador/entrevistador.

Referências

- Alves, N., Oliveira, L., Santos, A. D., Leal, H., & Souza, T. (2018). Manejo dos pacientes em morte encefálica. *Rev. Enferm. UFPE On Line*. 12 (4): 953-61.
- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) (2017). Registro Brasileiro de Transplantes. Dimensionamento dos Transplante no Brasil e em cada estado [Internet]. São Paulo: ABTO.
- Cavalcante, L. P., Ramos, I. C., Araújo, M. A. M., Alves, M. D. S., & Braga, V. A. B. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *Acta Paul. Enferm.* 27(6):567-72.
- Chuisto, I. T. N., Silva, V. A., Ribeiro, B. M. S. S., Miranda, J. A. M., Silva, J. D. D., & Marcon, S. S. (2020) Dealing with death and dying in an intensive care unit in Paraná. *Rev. Enferm. UFPI*. 9(1): 1-9.
- Conselho Federal de Medicina (CFM) (2017). Resolução n. 2.173 de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília.
- Costa, C. R., Costa, L. P., & Aguiar, N. (2016). A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. *Rev. Bioét.* 24 (2): 368-73.
- Coyle, MA (2000). Meeting the needs of the family: the role of the specialist nurse in the management of brain death. *Intens. Crit. Care Nurs.* 16 (1): 45-50.
- Flodén, A., Berg, M., & Forsberg, A (2011). ICU nurses' perceptions of responsibilities and organisation in relation to organ donation- a phenomenographic study. *Intensive Crit Care Nurs.* 27(6): 305-16.
- Gomes, C. S., Araújo, D. M., Oliveira, H. B., & Sampaio, N. F. (2018). Perspectiva da enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos: relato de experiência. *Rev. Enferm. UFPI*. 7(1): 71-4.
- Junqueira, M., Cavalcanti, I. F. F. M., Santos, J. R., Silva, P. P. B. A., & Silva, F. P. (2016). Morte encefálica: o enfermeiro prestando assistência ao potencial doador de órgãos e tecidos. *Rev. Saúde.* 10(1): 113-113.
- Lima, A. A. F. (2012). Doação de órgãos para transplante: conflitos éticos na percepção do profissional. *Mundo Saúde.* 36 (1): 27-33.
- Lima, A. A. F., Silva, M. J. P., & Pereira, L. L. (2009). Sufrimiento y contradicción: el significado de la muerte y del morir para los enfermeros que trabajan en el proceso de donación de órganos para trasplante. *Enferm. Glob.* 8(1): 1-17.

- Lomero, M. D. M., Jiménez-Herrera, M., Rasero, M. J., & Sandiumenge, A. (2017). Nurses' attitudes and knowledge regarding organ and tissue donation and transplantation in a provincial hospital: A descriptive and multivariate analysis. *Nurs. Health Sci.* 19(3): 322-30.
- Magalhães, A. L. P., Erdmann, A. L., Souza, F. G. M. S., Lanzoni, G. M. M., Silva, E. L., & Mello, A. L. S. F. (2018). Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador. *Rev. Gaúcha Enferm.* 39: 1-9.
- Magalhães, A. L. P., Oliveira, R. J. T., Ramos, S. F., Lobato, M. M., Knihs, N. S., & Silva, E. L. (2019). Gerência do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica. *Rev. Enferm. UFPE On-line.* 13(4): 1124-32.
- Masoumian, H. S. T., Manzari, Z., & Khaleghi, I (2015). ICU Nurses' knowledge, attitude, and practice towards their role in the organ donation process from brain dead patients and factors influencing it in Iran. *Int. J. Org. Transplant. Med.* 6(3): 105-13.
- McMahan, J (2006). An alternative to brain death. *J. Law Med. Ethics.* 34(1): 44-8.
- Moghaddam, H. Y., Manzari, Z. S., Heydari, A., & Mohammadi, E (2018). Explaining nurses' experiences of caring for brain dead patients: a content analysis. *Electronic Physician.* 10(8): 7205-16.
- Souza, F. M., Bento, C. J., & Milagres, S. C. (2019). Percepções do enfermeiro intensivista frente à morte encefálica e à doação de órgãos. *Rev. Enferm. Brasil.* 18(1): 12-23.
- Souza, J. S. B., Lira, G. G., & Mola, R. (2015). Notificação da morte encefálica em ambiente hospitalar. *Rev. Rene.* 16(2): 194-200.
- Souza, R. S. S., Marziale, M. H. P., Silva, G. T. R., & Nascimento, P. L (2021). Tradução e validação para o português brasileiro e avaliação do checklist COREQ. *Acta Paul. Enferm.* 34: 1-9.
- Whetstone, L. M. (2007). Bench-to-aside review: when is dead really dead, on the legitimacy of using neurologic criteria to determine death. *Crit. Care.* 11(2): 1-3.