



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LIZZY MILENA FIGUEIREDO DIAS

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM MORTE
ENCEFÁLICA NA UTI**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2014

LIZZY MILENA FIGUEIREDO DIAS

**O CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM MORTE
ENCEFÁLICA NA UTI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Msc Ana Clara Barreiros dos S. Lima

Co-orientadora: Prof^a Msc Ana Paula Santos

SANTO ANTONIO DE JESUS

2014

LIZZY MILENA FIGUEIREDO DIAS

**O CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM MORTE
ENCEFÁLICA NA UTI**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Aprovada em ___de novembro de 2014

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Msc. Ana Clara Barreiros dos S. Lima - Orientadora
(Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

Prof^a Msc. Ana Paula Santos de Jesus – Co-orientadora
(Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

Prof Msc. Urbanir Santana Rodrigues
(Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

AGRADECIMENTOS

Agradecer é algo tão simbólico, mas é a maneira mais singela e especial de dizer o quanto estou honrada de chegar até aqui e poder ter a companhia de pessoas que levarei por toda minha vida!

Agradeço ao grandioso e maravilhoso Deus, pela força, proteção e pelo dom da vida, por me abençoar e me acompanhar nessa jornada!

Aos meus pais, Carlos e Josy, pelo amor incondicional, pelos valores passados, pela educação e toda dedicação por toda minha vida. Obrigada por existirem! Sem vocês seria impossível chegar até aqui!

Aos meus antepassados, principalmente aos avós paternos, Cely e Jayro (in memoriam), pelo amor, dedicação, confiança e os ensinamentos deixados.

Aos meus amores, os meus irmãos: Luã, Lore, Lara e Luma, pela torcida, confiança, amizade e pelo carinho. “Inha ama vocês!”

Às Famílias Pinto Dias e a Sapucaia Figueiredo, AMO ser e fazer parte dessa “trupe”. Pessoas de fé, princípios e valores. Valores esses, que são semeados de geração a geração. Realmente fui agraciada ter vocês por perto e por serem meu espelho de perseverança e garra!

Aos Amigos, por serem a família que escolhi! Obrigada por serem meu guia, meu ponto de apoio e fraternidades, sempre digo: “amigos são os irmãos que nós escolhemos!”. Um abraço a todos, em especial as amigas: Kênia, Lília, Camila, Alana, Isadora, Hayala, Leonara, Iara, Tayanne, Ana Paula, Valéria, Rafaela, Paula, Thiara e Yasmin, OBRIGADA por dividirem comigo a experiência única, que é conviver longe de casa! Agradeço também, a turma 2009.1, vocês fazem parte da minha história! Aos amigos/colegas/parceiros da turma 2009.2, chegar até aqui sem vocês não teria sentido, pois nada nessa vida acontece por acaso, enfim, digo de coração que pude fazer parte dessa família. Obrigada: Ananda, Mayana, Nariana, Luciana, Tiago, Caio, Geovânio, Juliana, Débora, Lidiana e Michaelly.

Aos mestres da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, vocês também são os responsáveis por essa vitória, por todo empenho que é dedicado a nós, enquanto estudante. Vocês são excelência no que fazem. Como dizem: “todo bom começo tem um bom professor”. No meu caso, tive os melhores! Obrigada por tudo!

E por fim não menos especial, a minha orientadora Ana Clara que faz parte desse time de “excelência”. Obrigada pela paciência e dedicação na construção desse trabalho. A Sr^a foi a peça fundamental para que o sonho se concluísse.

À todos que de alguma forma contribuíram para esse sonho se tornasse realidade, MEU MUITO OBRIGADO!

DIAS, Lizzy Milena Figueiredo. **O CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA NA UTI.** 42 f. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, 2014.

RESUMO

O paciente em Morte Encefálica (ME) era tido sem perspectiva de vida, porém com o avanço tecnológico na área de transplantes de órgãos esse paciente ganhou cuidados específicos. Esse trabalho trata-se de uma revisão sistemática, cujo objetivo foi analisar, na literatura brasileira, o cuidado da equipe de enfermagem ao paciente em morte encefálica na UTI. Após os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 05 (cinco) artigos publicados na íntegra de várias regiões do país. Em análise, através da leitura dos mesmos foram desenvolvidas quatro categorias para fomentar as discussões desse trabalho. Observou-se que a equipe de enfermagem conhece a importância dos cuidados para evitar as intercorrências advindas da ME, por assumir a responsabilidade natural de cuidar. Porém há alguns aspectos a serem reavaliados s à equipe de enfermagem. Com este trabalho foi possível discutir alguns pontos no qual a equipe de enfermagem deve ter conhecimento para uma adequada assistência, no intuito de aperfeiçoar o cuidado ao paciente em ME, possível potencial doador (PD).

Palavras-chave: Morte encefálica; Enfermagem; Terapia intensiva; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The patient brain death (BD) was taken without life perspective, but with the technological advancement in the area of organ transplants that patient earned specific care. This work it is a systematic review that is a kind of retrospective and secondary study, which analyzed in Brazilian literature, the care of the nursing staff on the patient brain death in the ICU. After the inclusion and exclusion criteria, we selected 05 (five) articles published in full in various regions of the country. In the analysis, by reading the same four categories were developed to foster discussions of this work. It was observed that the nursing staff knows the importance of taking care to avoid the complications arising from the BD, by taking the natural responsibility of caring. But there are some aspects to be reassessed s nursing staff. This work has been possible to discuss some points on which the nursing staff must have adequate knowledge to care in order to improve patient care in BD, possible potential donor (PD) .

Keywords: Brain death; nursing; Intensive care; Nursing Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CFM – Conselho Federal de Medicina

DECS - Descritores em Ciência da Saúde

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

ME – Morte Encefálica

PD – Potencial Doador

PIC - Pressão Intracraniana

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

TCE - Traumatismo crânio-encefálico

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	14
2.2 MORTE ENCEFÁLICA (ME)	16
3 METODOLOGIA	21
3.1 TIPO DE ESTUDO	21
3.1.1 Elaboração da pergunta norteadora	22
3.1.2 Busca ou amostragem na literatura	22
3.1.3 Coleta de dados e Análise crítica dos estudos incluídos	23
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
4.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	26
4.2 ASPECTOS EMOCIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO CUIDAR DO PACIENTE EM ME	27
4.3 O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO AO PACIENTE EM	29
4.4 OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM ME.....	32
4.5 AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE EM ME	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	40

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local destinado a prestação de assistência especializada a pacientes que estão em estado crítico e que, internados necessitam de controle rigoroso dos seus parâmetros vitais e de assistência de enfermagem contínua e intensiva (SOUZA, *et al*, 1985).

A UTI é, sabidamente, uma das unidades de cuidados mais complexos na instituição hospitalar. [...] Neste setor, as ações precisam ser planejadas. Trabalha-se com metas terapêuticas, ou seja, com objetivos alcançáveis, pois os pacientes são instáveis e necessitam de tempo para que o organismo responda a terapia instituída. Dessa forma, podemos refletir sobre o cuidado de enfermagem, que deve ser planejado de forma que as metas sejam alcançáveis, havendo sempre a medição contínua de variáveis fisiológicas que correspondam ao que se pretende alcançar. [...] num conjunto de atividades que requerem do profissional raciocínio, reflexão objetiva e também subjetiva, porque se trata de cuidado de enfermagem (CARVALHO, *et al*, 2013).

Os recursos tecnológicos nas UTIs são imprescindíveis e por esta razão são muitos os aparelhos ligados ao paciente. Desta forma, a avaliação clínica da equipe de saúde é constante sempre próxima e alerta para qualquer necessidade. Costa (*et al*, 2009) destaca que a UTI, caracteriza-se como um ambiente conturbado de aparelhagens múltiplas, desconforto, impessoalidade, falta de privacidade, dependência da tecnologia, isolamento social, onde a enfermagem deve atuar de maneira holística e humanizada sem deixar as técnicas e aparelhagem sobressair-se da virtude essencial que compõe a profissão, o cuidado.

Este autor ressalta ainda que com o passar do tempo o que vem ocorrendo é o contrario, já que a técnica se sobrepõe aos aspectos relacionais de cuidado, uma vez que os profissionais que ali desenvolvem suas ações estão sobremaneira envolvidos com máquinas e monitores tendendo a esquecer de que, velados pelos problemas de doença, existem um paciente e sua família (COSTA *et al*, 2009).

Sendo assim, para que seja desenvolvido o cuidado aos pacientes das UTIs faz-se necessário assumir uma posição ética de respeito ao paciente e ainda do reconhecimento dos limites que figuram entre homem e máquina e desta maneira o ponto chave do cuidado estará no fortalecimento desta posição ética de articulação no que se refere ao seu aspecto técnico científico, já construído, conhecido e dominado, àquele cuidado que incorpora a necessidade, a exploração e o acolhimento do imprevisível, do incontrolável, ao indiferente e singular (MORAES *et al*, 2004).

No entanto, é preciso entender e reconhecer que os profissionais que atuam nestas unidades são tão importantes e fundamentais quanto toda a tecnologia que compõe o ambiente, já que sem ambos, o cuidado intensivo (que é a proposta de tais unidades) não seria possível.

Quanto ao cuidado, é possível defini-lo através de conceitos, tais como o de Mayeroff (1971, apud WALDOW, 2006, p.36), quando caracteriza o cuidar como um processo que envolve desenvolvimento, como o ajudar a crescer e a realizar e que, para isto, existe um padrão comum no qual ao cuidar experiencia-se o outro ser de forma a considerá-lo com capacidades e necessidades de crescer.

Ou ainda o de Noddings (2003, apud WALDOW, 2006, p.37), quando afirma que o cuidar é ação, e ao agir como cuidadora, inclui-se o afeto e consideração, ou seja, estará agindo no sentido de promover o bem-estar do outro e assim, o ato de cuidar poderá contribuir para o processo de humanização, onde o ser humano se tornará mais apto para o cuidado, destacando aqui, o respeito e a consideração pelo o outro ser.

Todavia é preciso relacioná-los tendo no cuidado umas das necessidades essenciais da humanidade, visto que compreende comportamentos e atitudes demonstradas em ações, atos ou gestos, desenvolvidos com competência e com o intuito de favorecer as potencialidades dos indivíduos, tal como destaca Gargiulo, *et al* (2007), quando evidencia que o cuidado humano é essencial, pois ,sem este, não haveria vida ou significados para quem experimenta esse momento. Noutro conceito, Waldow (2007) descreve o cuidado como aquele que está presente no nosso cotidiano, na família, no trabalho, no convívio social, e que se transforma num fortalecimento dos sentimentos e da relação entre quem cuida e quem é cuidado. Assim, elenca o respeito, a gentileza, a amabilidade, a consideração, a compaixão, a disponibilidade, a responsabilidade, o interesse, a segurança e o oferecimento de apoio como comportamentos e atitudes imprescindíveis ao cuidado.

Desta forma, este cuidar passou a ser o marco teórico e central para a enfermagem (MOURA, RABÊLO, SAMPAIO, 2008), principalmente porque esta profissão é descrita como de ajuda, complexa e multifacetada e ainda por ser constituída de ampla variedade de elementos, dentre os quais estão em sua composição e em sua prática, a incorporação do cuidar em sua essência de trabalho, de maneira sistematizada e organizada. (SOUZA, *et al*, 2006).

Outros autores também se dedicam a conceituar o cuidado, dentre os já citados, Silva e Damasceno (2005, p. 259) também relacionam o cuidar à enfermagem quando afirmam que esta junção é um complexo de ações com vistas ao suprimento de necessidades circunstanciais das

vastas manifestações humanas dos pacientes, visto que cada pessoa responde singularmente a determinado problema.

Contudo, a necessidade de cuidados específicos e intensivos se deparou por muitos anos o cuidado, por exemplo, do paciente em Morte Encefálica (ME), principalmente porque o paciente acometido por este estado era vinculado apenas ao modelo biomédico e influenciado por uma visão mecanicista, ou seja, um ser morto e sem perspectiva de vida, já que a ME é um processo complexo que altera a fisiologia de todos os sistemas orgânicos.

O paciente em morte encefálica (ME) é também definido como um ser que apresenta parada total e irreversível do cérebro e tronco cerebral, mas que mantém, temporária e artificialmente, a função cardiorrespiratória (PESTANA, 2012). A Resolução CFM nº 1.480/97, definiu morte encefálica, como ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia, conseqüência de processo irreversível e de causa conhecida, mantido por seis horas nos maiores de dois anos, complementado por exame que demonstre ausência de atividade elétrica cerebral ou, ausência de atividade metabólica cerebral ou, ausência de perfusão sanguínea cerebral, excluídos hipotermia e uso de depressores do sistema nervoso central (CORREA NETO, 2010, p.358).

No entanto, com o avanço da tecnologia, o cuidado com o paciente em ME, passou a ser humanizado e holístico, principalmente pela possibilidade de doação de órgãos e tecidos e por este motivo exige um trabalho mútuo, complementar entre a equipe da UTI para a equipe de enfermagem.

A complexidade deste cuidado está atrelada à mudança na concepção do “*Ser em ME*”, visto que em outros tempos, esse cuidado não demandava muitas prioridades, porém hoje, exigem-se cuidados específicos para pacientes graves, principalmente nos casos de potencial doador de órgãos. Sendo assim, esse cuidado é norteado nas dimensões técnico-científica e humanas, as quais são constituídas, na visão dos enfermeiros, pelas habilidades, protocolos e tecnologias empregadas no cuidado. O objetivo dessa dimensão é cuidar do ser em ME com todo suporte tecnológico e científico, visando manter a estabilidade hemodinâmica. Na dimensão humana, o enfermeiro busca valorizar, acolher e apoiar a família do ser em ME com a finalidade de cuidar com dignidade e respeito dos participantes deste processo de cuidado. (PESTANA, 2012. P.737)

Diante dos aspectos supra mencionados, tem-se a escolha por essa temática, a qual veio a surgir quando do cumprimento do componente curricular “Enfermagem nas Urgências e Emergências”, onde o conceito e os cuidados prestados diante ao paciente com diagnóstico de Morte Encefálica (ME) foram analisados e discutidos durante as aulas e assim, desde então, percebi

a necessidade de compreender a importância do ser em ME e ainda de discutir em estudo de conclusão final do curso como são realizados os cuidados da equipe de enfermagem pertinentes a esse paciente.

Além das indagações atinentes aos futuros profissionais da área, a vivência em meio às práticas da disciplina em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e o cuidado da equipe de enfermagem ao paciente em ME são essenciais para a formação profissional daqueles que se decidam a formação em enfermagem.

Assim, a partir dessas inúmeras inquietações em respeito ao assunto, percebe-se que o cuidado e o conhecimento da equipe são essenciais para tornar o paciente em ME um possível potencial doador (PD). Desta forma, e com o avanço das pesquisas referente à doação de órgãos, foram estabelecidas etapas e critérios para esse cuidado, tornando-o padrão capaz de efetivar a doação.

Diante do que foi descrito, obteve-se dados da literatura que trouxessem as questões mais vivenciadas pela equipe de enfermagem em relação ao paciente em ME. Atentou-se também sobre quais eram os mecanismos que o pessoal de enfermagem utiliza para enfrentar os “entraves” e manter a efetivação do cuidado.

O estudo torna-se relevante, pois a pesquisa permitiu adentrar no assunto e entender as questões nas quais o ser em ME está envolvido, em virtude de que dados revelam que somente entre 10% e 15% das pessoas que morrem em hospitais apresentaram quadros de ME e eram consideradas potenciais doadoras de órgãos (GRACIA, 2006) e ainda que é preciso conduzir de forma adequada o potencial de doação de órgãos, de forma que estes não venham a ser perdidos em virtude do não empenho ou da não dedicação do paciente em ME na UTI.

Possibilita-nos também observar como se desenvolve a dinâmica da equipe de enfermagem, diante dos cuidados, dos seus aspectos emocionais, do conhecimento prévio e das dificuldades encontradas nas Unidades de Terapia Intensiva.

Além destes aspectos é possível notar que são poucos os estudos científicos que abordam o conhecimento do cuidado da equipe de enfermagem, tal como a temática será aqui discutida. Desta maneira, espera-se que com este trabalho os profissionais de enfermagem possam sentir-se auxiliados no que tange a coleta de subsídios vistos na literatura e que assim, possam ampliar os conhecimentos sobre o paciente em ME, minimizando as incertezas que permeiam o cuidar, bem como que estas informações venham a transcender o campo científico e venham a fomentar práticas de cuidado por parte dos profissionais da área, de um cuidado eficaz.

Diante disso, estabeleceu-se como objeto de estudo **O cuidado da equipe de enfermagem ao paciente em morte encefálica na UTI** e a **questão de pesquisa**: Como é realizado o cuidado da equipe de enfermagem ao paciente em morte encefálica na UTI? E como **objetivo geral**: Analisar na literatura brasileira como é realizado o cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica na UTI.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CUIDAR/CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) foram concebidas a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, já que exigiam observação, assistência e cuidados de forma contínua de médicos e enfermeiros.

Esta inquietação iniciou-se com Florence Nightingale, durante a guerra da Criméia no século XIX, que procurou selecionar indivíduos mais graves, acomodando-os de forma a favorecer o cuidado imediato (LINO; SILVA, 2001). Segundo Amorim e Silverio (1998) a unidade de terapia intensiva é um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, que se destina ao atendimento de pacientes graves ou de riscos que necessitam de assistência médica e de enfermagem continuamente, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

O aspecto humano do cuidado de enfermagem, com certeza, é um dos mais difíceis de ser implementado, pois a rotina diária e complexa que envolve o ambiente da UTI faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente (VILA *et al*, 2002).

A internação em unidade de terapia intensiva é precedida de comprometimentos orgânicos, presentes e potenciais, que colocam em risco a vida do ser doente. Acredita-se que esse fato tem contribuído para que a assistência de enfermagem, nessa unidade, seja norteadada pelo modelo biomédico, o qual atualmente é o modelo atenção a saúde mais criticada de forma negativa, por ser estritamente limitado ao estudo biológico da doença, desconsiderando as influências do meio e sociedade em que o sujeito está inserido.

Portanto, as insatisfações com esse modo de cuidar em UTI, decorrentes das décadas de 70 e 80, levaram estudiosas de enfermagem, a alertar para que seja considerada a existência de outras necessidades tão importantes quanto aquelas pertinentes à esfera física, quando da implementação da assistência. Porém, ao longo das experiências vivenciadas nas unidades, tem-se percebido que, embora exista a necessidade de focalizar o sensível, ainda predomina o cuidado voltado para os

aspectos físicos, tais como controle e manutenção das funções vitais (NASCIMENTO, TRENTINI, 2004).

Desta forma é preciso perceber que as UTI surgiram da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, ou seja, em estado crítico, mas ainda, tidos como recuperáveis e conseqüentemente da necessidade de observação constante, da assistência médica e de enfermagem contínua, fazendo com que estes pacientes estejam centralizados em um núcleo especializado (VILA *et al*, 2002).

Nas UTI estão internados pacientes cujas afecções clínicas e cirúrgicas complexas, agudas e crônicas, necessitam de equipamentos de alta precisão para a detecção de anormalidades de forma mais rápida possível, objetivando a abordagem imediata e por força dos efeitos negativos do ambiente sobre o paciente, a família e a equipe multiprofissional, uma série de estudos voltam-se para a necessidade de humanização dos serviços que utilizam alta tecnologia.

Nesta unidade, além dos recursos tecnológicos se encontram também diversos profissionais, muitos com formação específica em alta complexidade. Contudo, mesmo diante de profissionais com formação específica para realizar ações nas UTI, estas precisam, antes de ministradas neste setor, de serem planejadas.

Este planejamento se dá através de metas terapêuticas, ou seja, com objetivos alcançáveis, isto porque tem por finalidade atender aos aspectos mais instáveis dos pacientes que necessitam de tempo para que o organismo responda a terapia instituída e sendo assim, pode-se refletir inferindo que o cuidado de enfermagem, deve ser planejado de forma que as metas sejam alcançadas, havendo sempre a medição contínua de variáveis fisiológicas que correspondam ao que se pretende alcançar (CARVALHO *et al*, 2013).

Portanto, o paciente internado na UTI, por necessitar de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física, deve estar sujeito aos aspectos que fomentam a essência da enfermagem, o qual se traduz em cuidados intensivos não somente nos ambientes ou dos equipamentos especiais, mas principalmente no processo de tomada de decisões, baseados na sólida compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente. (VILA *et al*, 2002)

2.2 O PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O conceito de morte pode ser encarado de vários pontos de vista como o religioso, o filosófico e o biológico. Contudo, os critérios de morte normalmente empregados até o momento, são indicadores biológicos que se revelam através do processo desencadeado no organismo a nível celular, um efeito cascata nas células que aos poucos vão deixando de desempenhar as suas funções (GONÇALVES, 2007).

Determinar o momento exato em que o processo gerado pelo organismo vivo atingiu um nível irreversível, independente dos meios que se possa empregar para tentar desacelerá-lo, o corpo irá desfalecer, esse momento é chamado de morte e tem implicações na vida do ser humano tanto de ordem legal como ética e social (MORAT, 2009).

O modo tradicional de determinar a morte até o final do século XIX era a parada respiratória, ou seja, o momento em que se deixava de respirar era o momento da morte. No entanto, Morat, 2009 afirma que definir a morte a partir da falta de oxigênio no corpo seria complicado, visto que, privado de oxigênio por quatro ou cinco minutos, nosso cérebro costuma sofrer danos irreversíveis, porém outros órgãos são bem mais resistentes à anóxia e o coração é um deles.

Posteriormente, com o descobrimento do estetoscópio e da ausculta cardíaca, passou-se então a relacionar o momento da morte com a parada cardíaca, prática que ainda hoje se usa para a maioria das situações. Porém com o avanço tecnológico e médico, o desenvolvimento da reanimação cardiorrespiratória, as técnicas e dispositivos de suporte da vida resultaram em alguns doentes com a função respiratória artificialmente mantida, contudo com a perda total da função cerebral (MORAT, 2009).

O conceito de morte não permaneceu estagnado no tempo, embora as funções cardíacas e pulmonares sejam reconhecidas há séculos como essenciais para a sobrevivência e determinantes para a morte. Contudo, com o avanço de estudos, das técnicas de ressuscitação e de suporte vital, a atividade cerebral veio definir a vida e a morte do indivíduo, vinculando assim a morte a critérios neurológicos evoluindo para o que se conhece atualmente como Morte Encefálica (ME).

Desta maneira, certas atividades do sistema nervoso central valem mais do que todas as outras do organismo e são atividades essenciais para caracterizar a condição humana, porém, na

ausência delas, admite-se extinta a vida, mesmo que os outros órgãos continuem saudáveis (RODRIGUES et. Al., 2013).

No Brasil, a ME é definida como a constatação irreversível da lesão nervosa central e significa morte, seja clínica, legal e/ou social. O Conselho Federal de Medicina, na resolução CFM nº 1.346/91, define morte encefálica “*como a parada total e irreversível das funções encefálicas, de causa conhecida e constatada de modo indiscutível*”.

Foi inicialmente descrita como *coma depaseé* (coma profundo) por Mollaret e Goudon, em 1959, ao avaliarem 23 pacientes em coma sem resposta ao estímulo doloroso, sem reflexos do tronco cerebral e com eletroencefalograma isoeletrico (FREIRE et al, 2012).

Reavaliações dos critérios de morte cerebral foram mais tarde realizadas por um comitê da Universidade Harvard (1968) e por uma conferência do Medical Royal Colleges (1976), da Inglaterra. Ficou, então, estabelecido o consenso de que a morte deveria ser definida como, “a perda completa e irreversível das funções do tronco cerebral”. A definição considerava o tronco como o epicentro das funções cerebrais humanas, porque sem ele o organismo perde a capacidade cognitiva e a possibilidade de fazer movimentos voluntários ou reagir a estímulos do ambiente. Sem atividade no tronco cerebral, a vida humana podia ser considerada extinta (SALLUM, ROSSATO, SILVA, 2011).

Em 1995, a Academia Americana de Neurologia conduziu uma revisão a respeito das dificuldades para diagnosticar a morte e adotou os princípios de que

a declaração de morte cerebral requer não apenas uma série de testes neurológicos cuidadosos, mas também o esclarecimento das causas do coma, a certeza de sua irreversibilidade, a resolução de qualquer dúvida em relação aos sinais neurológicos clínicos, o reconhecimento de possíveis fatores conflitantes, a interpretação dos achados de neuroimagem e a realização dos exames laboratoriais necessários (SALLUM, ROSSATO, SILVA, 2011).

Desta forma, as causas mais comuns são o traumatismo crânio-encefálico (TCE), em contexto de acidentes automobilísticos ou agressões; da hemorragia subaracnóidea, ligada à ruptura de aneurisma; da lesão difusa do cérebro após parada cardiorespiratória revertida; da hemorragia cerebral espontânea maciça; das grandes lesões isquêmicas, e em menor número, das meningoencefalites e encefalites fulminantes, bem como da falência hepática aguda (por hepatite viral ou tóxica ou raramente, Síndrome de Reye). O traumatismo crânio encefálico, o acidente vascular encefálico e a lesão cerebral hipóxico-isquêmica são responsáveis por quase 90% das causas da ME (PESTANA, 2012).

A Associação Brasileira de Transplante de Órgãos demonstrou que em 2012 as principais causas de morte encefálica no país permaneceram as mesmas dos últimos 10 anos: 47% Acidente vascular cerebral, 39% Traumatismo encefálico, 4% Tumores no Sistema nervoso central e 10% outras causas (BARRADAS, 2010).

A ME é um processo complexo que altera a fisiologia de todos os sistemas orgânicos. Recentemente foi reconhecido que ela envolve uma série de perturbações neuro-humorais cíclicas que incluem alterações bioquímicas e celulares que conduzem a disfunção múltipla de órgãos, repercutindo na qualidade do órgão transplantado. Tanto as alterações iniciais quanto as tardias influem na viabilidade dos órgãos ao comprometer sua perfusão, aumentando a lesão isquêmica.

A ME representa o processo final de progressão da isquemia cerebral que evolui no sentido rostrocaudal até envolver regiões do mesencéfalo, ponte e bulbo, culminando com a herniação cerebral através do forâmen magno. O momento que precede a herniação cerebral é marcado por extremas elevações da Pressão Intracraniana (PIC), acompanhada da tríade de Cushing, que representa o esforço final do organismo na tentativa de manter a perfusão cerebral. A falência desse mecanismo promove a progressão da isquemia que, ao atingir o bulbo, interrompe a atividade vagal, levando à resposta autonômica simpática maciça, chamada de “tempestade autonômica”.

Essa estimulação simpática desenfreada tem curta duração e caracteriza-se por taquicardia, hipertensão, hipertemia e aumento acentuado do débito cardíaco. A gravidade dessas alterações está associada com a velocidade de instalação da hipertensão intracraniana e da herniação cerebral. Subsequentemente, a tempestade autonômica cessa e o resultado é a perda do tônus simpático com profunda vasodilatação e depressão da função cardíaca, que, se não tratadas, devem progredir para assistolia em torno de 72 horas (UETTI, MARQUES, 2008).

O diagnóstico de ME é determinado pelo exame clínico neurológico, a partir da ausência evidente de reflexos do tronco cerebral em um paciente em coma, excluída qualquer causa reversível do mesmo, tais como: intoxicação exógena, uso terapêutico de barbitúricos, alterações metabólicas e hipotermia (UETTI, MARQUES, 2008).

Inicialmente, deve-se definir a causa do coma para declarar que um paciente esteja em ME. Assim, para o CFM, o critério para o diagnóstico da morte cerebral é a cessação irreversível de todas as funções do encéfalo, incluindo o tronco encefálico, onde se situam estruturas responsáveis pela manutenção dos processos vitais autônomos, como a pressão arterial e a função respiratória.

O paciente em ME é definido como um ser que apresenta parada total e irreversível do cérebro e tronco cerebral, mas que mantém, temporária e artificialmente, a função

cardiorrespiratória. Somente 1 a 4% das pessoas que morrem no hospital e entre 10 e 15% daquelas que morrem apresentam o quadro de ME, sendo considerados potenciais doadores de órgãos.

O protocolo utilizado para o diagnóstico da ME, instituído pela Resolução do CFM n. 1.480, de 1997 utilizado no Brasil, dispõe o seguinte:

Art. 1º. A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias.

Art. 2º. Os dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no “termo de declaração de morte encefálica”,

Parágrafo único. As instituições hospitalares poderão fazer acréscimos ao presente termo, que deverão ser aprovados pelos Conselhos Regionais de Medicina da sua jurisdição, sendo vedada a supressão de qualquer de seus itens.

Art. 3º. A morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida.

Art. 4º. Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma perceptivo com ausência de atividade motora supraespinal e apnéia.

Art. 5º. Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a) De 7 dias a 2 meses incompletos – 48 horas
- b) de 2 meses a 1 ano incompleto – 24 horas
- c) de 1 ano a 2 anos incompletos – 12 horas
- d) acima de 2 anos – 6 horas

Art. 6º. Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca:

- a) ausência de atividade elétrica cerebral ou,
- b) ausência de atividade metabólica cerebral ou,
- c) ausência de perfusão sanguínea cerebral.

Art. 7º. Os exames complementares serão utilizados por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a) Acima de 2 anos – um dos exames citados no Art. 6º, alíneas «a», «b» e «c»;
- b) de 1 a 2 anos incompletos: um dos exames citados no Art. 6º, alíneas «a», «b» e «c». Quando optar-se por eletroencefalograma, serão necessários 2 exames com intervalo de 12 horas entre um e outro;
- c) de 2 meses a 1 ano incompleto – 2 eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas entre um e outro;
- d) de 7 dias a 2 meses incompletos – 2 eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas entre um e outro.

A atuação do enfermeiro na detecção precoce de pacientes com critérios para abertura do protocolo de ME é fundamental para possibilitar o diagnóstico e a conclusão de todas as etapas em tempo hábil, de forma a garantir a viabilidade dos órgãos para transplantes (BARRADAS, 2010).

As atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem são carregadas de emoções e sentimentos como insegurança, angústia, pena, medo e raiva. Os profissionais percebem a importância de realizar as atividades que são da sua competência e não querem abster-se das suas responsabilidades, mas também necessitam de apoio e estratégias para lidar com os seus conflitos internos (Coimbra *et al.*, 1995).

Para Durman e Hudson (1993) os enfermeiros não têm só a responsabilidade dos seus pacientes, mas também daqueles que estão à espera do possível transplante de órgãos. Sobre os enfermeiros recai, a parte mais delicada do processo, que é o contato com os familiares que acabaram de perder um ente querido (Matesanz & Miranda, 1996). É imprescindível, portanto, que a equipe de enfermagem que trabalha nos setores que recebem esses pacientes conheça as alterações fisiológicas decorrentes da ME, junto com a equipe médica, possam identificar precocemente um paciente com critérios clínicos de ME, realizando um diagnóstico seguro e conduzindo, de maneira adequada, o manuseio de um possível doador.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

A revisão sistemática é um tipo de estudo retrospectivo e secundário, isto é, a revisão é realizada após vários estudos publicados sobre um determinado assunto. Tem como finalidade o desenvolvimento de projetos, indicando novos rumos para futuras investigações e identificando quais métodos de pesquisa foram utilizados em uma área. Os critérios para desenvolver esta revisão foram baseados no artigo de Sampaio e Mancini (2007), onde aborda conceito e quais as etapas seguir em uma revisão sistemática.

Segundo Sampaio e Mancini (2007,p.84):

Uma revisão sistemática, assim como outros tipos de estudo de revisão, é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada (SAMPAIO; MANCINI, 2007, p.84).

Para realização da revisão sistemática foram utilizadas quatro etapas, a saber: definição da pergunta norteadora, busca de evidências em base de dados, revisão e seleção dos estudos utilizados, análise dos estudos.

Corroborando com Sampaio apud Sartoreto (2013) complementa afirmando que a revisão sistemática constitui-se em uma forma de síntese das informações disponíveis em um dado momento, a respeito de um problema específico, de maneira objetiva e reproduzível, por meio do método científico.

Além disso, o que norteia este tipo de revisão são os princípios gerais: a exaustão na busca de estudos analisados, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão e a avaliação da qualidade metodológica, bem como a elaboração deverá seguir padrões de rigor metodológico, os quais possibilitam identificar as características reais dos estudos analisados (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

Desta forma, este estudo reúne, organiza e avalia criticamente as informações dos dados achados, transformando-as em conhecimentos que podem ser utilizados para definições de decisões a serem tomadas na área da saúde.

3.1.1 Definição da pergunta norteadora

Com o avanço da tecnologia dura e a ampliação da discussão sobre doação órgãos, surgiu à necessidade de ter um cuidado especializado a esses pacientes a fim de possibilitar a manutenção da vida em condições favoráveis para a realização do transplante de órgãos. Diante disso, surgiu à necessidade de ampliar o conhecimento e a discussão sobre como cuidar deste paciente na UTI e a equipe de enfermagem torna-se instrumento fundamental nesse processo, pois presta cuidados ininterruptos a estes pacientes.

Diante do exposto, estabeleceu-se a seguinte questão de pesquisa: Como é realizado o cuidado da equipe de enfermagem ao paciente em morte encefálica na UTI?

3.1.2 Busca na literatura e revisão (seleção dos artigos)

Foi realizada revisão da literatura brasileira utilizando os bancos de dados da BVS, LILACS e SCIELO, durante os meses de junho a agosto de 2014. Desta maneira, para a seleção dos artigos foram utilizados como descritores (Decs): Morte encefálica, Enfermagem, Terapia intensiva, Cuidados de Enfermagem.

Os critérios de inclusão para esta revisão sistemática foram: artigos publicados em português, que estivessem disponíveis na íntegra, possuísem relação com o objeto de estudo e que estivessem publicados no período de 2004 a 2014. Excluindo-se, portanto, aqueles que não contemplaram os critérios de inclusão da temática aqui estudada.

Após à busca dos artigos nas bases on-line foram selecionados 14 periódicos e, prosseguiu-se com a seleção dos mesmos seguindo os seguintes passos: leitura dos títulos e a consequente identificação destes para a sua posterior inclusão ou exclusão do referido trabalho de pesquisa. Assim, aqueles que tiveram relação com o objeto de estudo, foram de imediato incluídos como fonte para a pesquisa.

Já aqueles em que os títulos não contemplavam a proposta da pesquisa em questão, foram também analisados os seus resumos e posteriormente o seu inteiro teor, para que o juízo de valor atribuído ao mesmo tivesse o máximo de certeza em relação aos descritores propostos pelo estudo e respondessem a questão de pesquisa. Depois da aplicação desses critérios resultaram numa amostra de 05 artigos.

3.1.3 Análise Crítica dos Estudos

Para a identificação dos artigos utilizados nesse estudo, estes, foram caracterizados com a letra maiúscula A (artigo), obedecendo a ordem crescente conforme o exemplo: A1, A2, A3, A4 e A5.

A partir dos artigos, desenvolveu-se um quadro sinóptico, subdividido em: “Título do Artigo, Tipo de Estudo, Formação dos Autores, Titulação dos Autores, Ano, Periódico, Qualis da Revista, Objetivo (geral e específico) e Resultados”, com a síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão (QUADRO 1).

A seguir o quadro apresenta de forma clara e sucinta os itens expostos anteriormente de modo a auxiliar na coleta e análise dos dados.

QUADRO 1 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão sistemática.

Artigo	Título do Artigo	Tipo de Estudo	Formação dos Autores	Titulação dos Autores	Ano	Periódico	Qualis da Revista	Objetivo (geral e específico)	Resultados
A1	Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica.	Pesquisa qualitativa	1.Enfermeira 2.Enfermeira 3.Enfermeira	Mestre em Enfermagem; Doutora em Filosofia de Enfermagem; Doutora em Enfermagem	2012	Escola Anna Nery	B1	Desvelar a Complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica.	“Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em ME” como consequência do modelo paradigmático construído está composta por uma categoria e três subcategorias que inter-relacionadas evidenciam que o cuidar do Ser em ME permite emergir reações e variados sentimentos no enfermeiro, revelando a complexidade do cuidado a esse paciente.

A2	Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica.	Revisão bibliográfica não-estruturada	1Enfermeira; 2Discente da graduação em Enfermagem	Acadêmicos do curso Enfermagem	2007	Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)	A2	Descrever a importância da atuação do enfermeiro na assistência para manutenção fisiológica de um potencial doador em ME.	Com este trabalho foi possível reunir um corpo de conhecimentos necessários para que uma melhor assistência de enfermagem possa ser providenciada.
A3	Morte encefálica e cuidados na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante.	Pesquisa é do tipo exploratório-descritiva.	1Enfermeira 2Enfermeira 3Enfermeiro 4Discente de Graduação em Enfermagem 5Enfermeiro	Mestre em Enfermagem. Mestre em Enfermagem. Enfermeiro Acadêmica do curso de Enfermagem Doutor em Enfermagem	2012	Revista Eletrônica de Enfermagem	B1	Verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a morte encefálica e os cuidados na manutenção do potencial doador de órgãos/tecidos para transplantes.	Após a ME, mesmo quando todo suporte é mantido, a parada cardíaca ocorre ao redor de uma semana. Entretanto, existem casos descritos em que esses pacientes permaneceram gerando gastos e ocupando leitos de UTI por quase dois meses.
A4	Conhecimento dos enfermeiros sobre condutas na prevenção, manutenção e no controle da temperatura de potenciais doadores de órgãos	Estudo do tipo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa	-	-	2012	Revista do Instituto de Ciências da Saúde (UNIP)	B3	Verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre as condutas a serem tomadas no manejo do potencial doador de órgãos no que se refere à prevenção, manutenção e controle da temperatura.	O conhecimento dos participantes no que se refere à manutenção da temperatura corporal em doadores de órgãos. Deve-se manter a temperatura superior a 35°C (ideal entre 36°C e 37,5°C) com objetivo de manter a viabilidade dos órgãos a serem transplantados. A verificação da temperatura, a cada duas horas, foi referida por todos os entrevistados como ação primária na definição de condutas de enfermagem. A monitoração da temperatura é de grande importância, por tratar-se de um indicador precoce

									da hipotermia.
A5	Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo. Etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem	Pesquisa etnográfica	1. Enfermeira 2. Enfermeira	1 Mestre em Enfermagem 2Doutora em Enfermagem	2007	Revista Latino-Americana de Enfermagem	A1	Compreender a vivência da equipe de enfermagem na manutenção de potenciais doadores de órgão.	O significado de transplante atribuído pela equipe de enfermagem é marcado pela descrença em razão de experiências anteriores, vivenciadas na unidade de terapia intensiva. Assim, as crenças e valores dessa subcultura interferem ou determinam distanciamento do paciente e conseqüente prejuízo na assistência adequada para a manutenção do doador e qualidade dos órgãos doados, podendo, talvez, justificar a manutenção do potencial doador de órgãos como segunda causa da não efetivação da doação de órgãos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Depois da análise, na amostra final de cinco artigos, nomeados para melhor entendimento como: A1, A2, A3, A4 e A5 certificou-se que os mesmos tiveram sua publicação entre 2007 e 2012, sendo (03) 60% em 2012 e (02) 40% em 2007.

Ao analisar os delineamentos de pesquisa na amostra estudada identificou-se que 03 (três) fizeram uso de uma abordagem quantitativa de cunho descritivo/exploratório, 01(um) utilizou a revisão bibliográfica, e 01(um) foi uma pesquisa etnográfica.

Sobre o “*qualis*” dos periódicos, nos quais os artigos foram publicados, constatou-se que a maioria das revistas é bem avaliada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). De acordo com Erdmann *et al*, (2009), o “*qualis*” é um modelo criado pela CAPES para classificar os periódicos científicos, usados na divulgação da produção intelectual dos programas de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) no país. A classificação de periódicos é realizada pelas áreas de avaliação e passa por processo anual de atualização. Esses veículos podem ser classificados nos seguintes estratos indicativos da qualidade: A1; A2; B1; B2; B3; B4; B5; C, onde ao estrato A1 é atribuído o maior peso (100) e ao estrato C o menor valor (zero).

Desta forma tem-se: A1 e A3 (*Qualis* B1- 40%); A2 (*Qualis* A2- 20%), A4 (*Qualis* B3- 20%) e A5 (*Qualis* A1- 20%).

Referente à localização onde os estudos foram realizados, encontrou-se várias regiões do país: sendo 02 (40%) do Nordeste (A1 e A3); 01 (20%) do Sudeste (A2); 02 (40%) do Centro Oeste (A4 e A5). Diante disso, os estudos se mostraram mais heterogêneos, significando que há diversidade entre as regiões citadas acima, observando-se também uma divergência nas realidades, o que fomenta a relevância do estudo presente, a revisão sistemática.

Para discussão dos artigos selecionados foram criadas quatro categorias, quais sejam:

1. Aspectos emocionais do cuidado da equipe de enfermagem ao paciente em ME;
2. O conhecimento da equipe de enfermagem sobre o cuidado ao paciente em ME;
3. Os cuidados da equipe de enfermagem ao paciente em ME;
4. As dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em ME.

Ao longo das categorias citadas acima foram abordados diversos aspectos apresentados pelos estudos que se encaixaram em cada uma das mesmas, além das comparações com outros estudos do gênero, corroborando ou discordando dos resultados encontrados nesta revisão, e críticas quando julgadas necessárias e plausíveis.

Por fim foram feitas considerações a respeito do tema exposto, e explanadas sugestões acerca de problemas evidenciados pelos resultados obtidos nesta revisão sistemática.

4.2 SENTIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO CUIDAR DO PACIENTE EM ME.

Observando os aspectos emocionais dos profissionais de enfermagem nos estudos, percebeu-se a importância dessa questão em três (A1, A3, A5) dos cinco artigos que compõem esse trabalho. A1 descreve que no processo de cuidado ao ser em ME, emergem reações e sentimentos ambivalentes e diversos nos enfermeiros, mesmos naqueles com anos de experiências em UTI.

O envolvimento emocional é segundo Travelbee (1979) a capacidade de transcender-se a si mesmo e interessar-se por outra pessoa sem que este interesse não inabilite os que praticam esta ação e é também através do envolvimento onde percebemos o outro de forma a tornar-nos mais sensíveis à situação que este vivencia, fazendo com que os indivíduos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva mobilizem-se para oferecer os cuidados necessários.

Sendo a UTI um local adequado para o atendimento a pacientes graves recuperáveis, porém a unidade se apresenta como um dos locais mais frios, tensos e estressantes do hospital (VILA; ROSSI, 2002, p.138). E devido à complicada rotina do ambiente, os profissionais acabam desenvolvendo sentimentos destrutivos como: angústia, frustração, insegurança, tristeza, incapacidade e estresse, são essas as reações mais citadas nos artigos e são elas, que afetam o equilíbrio emocional da equipe de enfermagem.

Os fatores agressivos não atingem apenas os pacientes, mas também a equipe multiprofissional, principalmente a enfermagem que convive diariamente com cenas de pronto-atendimento, pacientes graves, isolamento, morte, entre outros (VILA; ROSSI, 2002, p.138).

Dos artigos estudados, a saber, A1, A3 e A5 relatam os sentimentos que geram resistência entre os profissionais, pois durante a formação não foram acostumados a lidar com paciente em ME.

De acordo com Leite e Vila (2005, p.146):

“Em virtude da constante expectativa de situações de emergência, da alta complexidade tecnológica e da concentração de pacientes graves, sujeitos a mudanças súbitas no estado geral, o ambiente de trabalho caracteriza-se como estressante e gerador de uma atmosfera emocionalmente comprometida” (LEITE;VILA, 2005, p.146).

Diante disso, devido a realidade vivenciada pela equipe de enfermagem que atua na terapia intensiva, os profissionais necessitam sinalizar os sentimentos que inviabilizam seu papel no cuidar, sendo que a omissão dos mesmos podem afetar a assistência ao paciente em ME.

No entanto, embora seja o desenvolvimento emocional um aspecto considerado como condição básica para a relação paciente e enfermeiro, tem-se, segundo Travelbee (1979), uma política do não envolvimento. Para este autor, pode-se considerar deste aspecto uma atitude não profissional, pois traz prejuízos tanto para o paciente quanto para o profissional de enfermagem.

Outro aspecto percebido em A1 são os sentimentos de dúvida, confusão e incerteza no processo de cuidar do paciente em ME. A dúvida dos profissionais consistia em saber se o paciente em ME encontra-se realmente morto, desconfiavam dos testes de diagnóstico, devido ao pouco conhecimento de como estes eram realizados.

Em A1 e A5, a ME despertou sentimento de tristeza, angústia, medo e frustração em enfermeiros que trabalhavam em captação de órgãos para transplante. A frustração foi desencadeada nestes profissionais, pois estabeleciam vínculo com o ser em ME potencial doador. Em consonância, A1 refere que o profissional cuida do ser em ME, na perspectiva de gerar vida por meio de doação de órgão.

Contudo, quando ocorre a parada cardíaca, o profissional sente-se frustrado, pois o objetivo do cuidado de enfermagem não foi alcançado, além do vínculo e da frustração, estes profissionais também apresentam dificuldades para lidar com a morte do paciente.

No entanto, Ferreira e Hisamitsu (1993) encontraram também outras questões que figuram acerca do papel do profissional de enfermagem destacando, a falta de preparo acadêmico, a falta de vivência e ainda o não saber lidar com o estresse frente à doença e/ou morte, bem como o medo de se envolver.

O estudo A5 descreve que apesar de toda experiência vivida ao cuidar do paciente em ME, podem ser desencadeados nos profissionais a incapacidade de analisar as próprias necessidades pessoais, ou seja, aqueles que se encontram com estes conflitos internos, podem exercer uma assistência incompleta ao potencial doador de órgãos.

Problemas como esses citados acima, podem gerar ansiedade, estresse e maior desgaste físico ocasionando sérios prejuízos de saúde para o cuidado e para quem recebe os cuidados, assim refere A3.

Percebeu-se que a maioria desses sentimentos explanados ocorre por falta de preparo da equipe por não ter total conhecimento sobre o processo morte e morrer, geralmente esse despreparo ocorre durante a sua formação. Além disso, esse profissional não tem um acompanhamento psicossocial, o que impossibilita a equipe resolver questões pessoais. Sendo assim, nesse âmbito a assistência que se estabelece não é eficaz, pois cuidar de pacientes críticos requer maturidade emocional, que não é praticada durante a graduação desse profissional.

Em suma, os artigos relatam a importância dos sentimentos destrutivos que acomete a equipe de enfermagem que se predispõem a cuidar de pacientes críticos e semi-críticos.

4.3 O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO AO PACIENTE EM ME.

Dos cinco artigos, todos estão em consenso quanto à importância do conhecimento sobre ME, para que o cuidado prestado a esse paciente seja uniformizado e adequado. No estudo A1, o autor relata que o profissional de enfermagem reconhece e identifica que com a experiência do cuidado ao ser em ME a equipe adquire crescimento profissional e compreende que este paciente também precisa de cuidados.

Contribuindo, além dessa mudança profissional, existe modificação na concepção do cuidado ao paciente em ME. Outrora, o mesmo era deixado “de lado”, ou seja, nenhum cuidado peculiar era direcionado a este. Ainda em A1, o ponto crucial que o autor aborda é que a equipe de enfermagem ao conviver e cuidar do ser em ME, é necessário compreendê-lo como ser singular e diferente, ampliando o campo de visão em relação a este ser, enxergando-o como paciente grave e estabelecendo sentido as interações de cuidado. Então, é importante dizer que o cuidado deve ser articulado pautado em diferentes saberes, com intuito de potencializar o conhecimento.

O cuidado envolve todo um apanhado das informações que devem fundamentar o profissional e que precisam ser geradas como conhecimento que vai além da academia, mas que possa ser considerado como o ponto inicial para uma reflexão que conduza à compreensão da

prática, pois o conhecimento não é algo acabado, mas uma construção que se faz e refaz de forma dinâmica (CAMACHO; ESPIRITO SANTO, 2001).

Assim, após décadas, o avanço no âmbito de transplantes referentes à doação de órgãos ampliou o olhar ao paciente em ME, que deixou de ser um “paciente morto”. O conhecimento a respeito sobre esse ser, fomentou a importância do seu cuidado, após anos de pesquisa relacionados a ME. A equipe de enfermagem, por estar envolvida diretamente na assistência a esse paciente, precisa ser capacitada, apta para exercer seu papel no cuidado. Tal aptidão ocorre, além da vida acadêmica, pois o conhecimento é algo mutável além de dinâmico, e fundamentar-se se faz necessário para darmos continuidade ao nosso plano de cuidados, mas, é através da experiência que o profissional de enfermagem aprende a objetivar o que é relevante no cenário que ele atua e extrair sua significância. Esse aprendizado, também é adquirido e relatado em A5, que refere que a equipe de enfermagem também aprende com a figura do profissional médico e da supervisora, percebido no artigo.

A partir dessa idéia nota-se que há troca de conhecimento, de quem tem mais experiência para com quem não tem no âmbito de transplante, organizando assim o processo de doação.

Em consonância A2 e A4, refere-se à equipe como aquela que têm um amplo conhecimento das possíveis complicações possibilitando o reconhecimento precoce e consequente manuseio para preservação dos órgãos. Ainda refere que é de responsabilidade da equipe de enfermagem realizar os controles hemodinâmicos do PD. Para isto acontecer é necessário que a equipe possua conhecimentos que estejam embasados nas repercussões fisiopatológicas da ME, para que estabelecer um plano de cuidado adequado.

O estudo A3, destaca que é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento científico acerca das repercussões fisiopatológicas inerentes a ME e dos cuidados pertinentes para garantir as melhores condições funcionais possíveis dos órgãos e tecidos a serem retirados dos transplantados.

Rech e Rodrigues Filho (2007, p.198), relatam que a síndrome clínica da morte encefálica produz mudanças bruscas na pressão arterial, hipoxemia, hipotermia, coagulopatia, distúrbios eletrolítico e hormonal. Sendo que o estado inflamatório pode ocasionar perturbações celulares e moleculares, assim, afetando a função dos órgãos potencialmente disponíveis para transplante. Em suma, a assistência de enfermagem deve atender as necessidades fisiológicas básicas do potencial doador, se fazendo conhecer todas as questões que o ser me ME está envolvido, pois o cuidado precisa ser intensivo e bem planejado. Essas associações aumentam as chances desse paciente ser um PD com qualidade. Assim melhorando o quadro de doação de órgãos no Brasil.

No artigo A3, os enfermeiros relatam que para obter conhecimento para assistir aos PDs, informaram adquirir em palestras (37,5%), cursos específicos (34, 4%), prática (18,8%) e outras formas (9,3%).

No que refere as condições indispensáveis para a abertura do protocolo de ME, os profissionais citaram, que acreditavam ser temperatura superior a 36°C e a ausência de depressores do Sistema Nervoso Central (SNC), nas últimas 48 horas (49,1%), afirmam sobre a causa da morte definida, sem uso de sedação (47,2%), confirmaram que seria a causa de morte conhecida e sódio sérico dentro dos parâmetros de normalidade (21,8%) ainda tiveram aqueles que mencionaram o potássio sérico normal e causa da morte não conhecida (3,6%).

Pode-se observar o quanto se faz necessário conhecer as condições do paciente em ME e quais são os critérios para abertura do protocolo. Dessa forma a compreensão dos fundamentos propostos para a abertura do mesmo, permite ao profissional administrar sua assistência com mais certeza, prestando o cuidado necessário a esse paciente – o potencial doador.

Recentes estudos demonstraram que a implementação do protocolo e o rigoroso uso ao manusear um PD, apontaram um aumento nos diagnósticos de ME, elevando o índice de doadores possíveis (WESTPHAL, 2012).

Para fomentar a idéia, A3 traz que a atuação do enfermeiro na detecção precoce de pacientes com critérios para abertura do protocolo de ME é fundamental para possibilitar o diagnóstico e a conclusão de todas as etapas em tempo hábil, de forma a garantir a viabilidade dos órgãos para transplantes.

Ainda sobre A3, refere às condições que inviabilizam a doação de órgãos e tecidos. Foram: a infecção pelo vírus *Hum T lymphotropic virus* (HTLV) – 61,8%, a tuberculose pulmonar – 49,1%, seguidas de tumores primários do SNC e encefalite herpética com o mesmo percentual – 23,6%. Outras causas como câncer de colo de útero ou de pele não melanoma – 30,9%, que apesar de não inviabilizarem a doação, foram citadas.

A portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, regulamenta:

§ 1º serão critérios absolutos de exclusão de doador de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo humano:a) soropositividade para HIV;b) soropositividade para HTLV I e II;c) tuberculose em atividade;d) neoplasias (exceto tumores primários do Sistema Nervoso Central e carcinoma in situ de útero e pele);e) sepsis refratária; f) infecções virais e fúngicas graves, ou potencialmente graves na presença de imunossupressão, exceto as hepatites B e C (BRASIL, 2009).

Percebe-se, dos critérios para não doação de órgãos de acordo com a portaria nº 2.600/09, só alguns foram citados pelos entrevistados em A3, o que subentende que os profissionais não têm conhecimento de todos os critérios, preconizado pela portaria vigente. Isso pode resultar em entraves para confirmação de um PD, pois a equipe perde tempo no processo de doação se há um conhecimento exato desses critérios.

O conhecimento técnico-científico é imprescindível e inerente para qualquer área de trabalho. Na enfermagem o conhecimento se faz necessário para uma boa atuação do profissional, para que possa desempenhar/exercer o seu papel – a assistência. Na UTI, o enfermeiro tem que está apto para quaisquer situações, por ser um âmbito complexo a exigência sobre o conhecimento específico e habilidade, para exercer sua função em tempo hábil, se tornam maiores e indispensáveis para o cuidado.

Portanto a ênfase no conhecimento da equipe de enfermagem sobre o cuidado ao paciente em ME na UTI foi notória em todos os artigos (A1 a A5) estudados nessa pesquisa.

4.4 OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM ME.

Ao analisar os artigos pesquisados, observou-se o objeto de estudo desse trabalho. Identificamos nos artigos a importância do cuidar da equipe para o paciente em ME e quais eram estes cuidados. Todos os estudos (A1 a A5) referiram ao cuidado como questão ímpar para evitar as possíveis complicações, que o paciente em ME apresenta se não houver um cuidado intensivo, específico e humanizado. O estudo A1, relata que a complexidade do cuidado está atrelada à mudança na concepção do ser em ME que não demandava muitos cuidados, mas atualmente exige cuidados de paciente grave, principalmente nos casos de PD de órgãos. Continuando em A1, refere que objetivo dessa dimensão é cuidar do ser em ME com todo suporte tecnológico e científico, visando manter a estabilidade hemodinâmica.

Corroborando Koerich (2006), o termo tecnologia nos remete, freqüentemente, ao aspecto “trabalho-intervenção-produção-máquina”, que nos mantém reféns do mundo das máquinas produtivas, proporcionando uma lógica reducionista e dissociada das interações entre cuidado e trabalho. Esse termo também nos remete aos centros especializados, nos quais o ser humano

permanece exposto a todo um aparato tecnológico, ou seja, a uma multiplicidade de aparelhos sofisticados e complexos.

Diante disso, o cuidado de enfermagem precisa ser adequado, para que possamos prestar uma assistência de qualidade e de forma responsável, pois viabilizamos os serviços tecnológicos, transformando-os em conhecimento e técnica, buscando sempre o benefício do paciente. Por isso, os cuidados frente ao paciente em ME tem ser atualizado, pois sempre há uma tecnologia nova que é integrada a esse cuidado, e faz necessário o entendimento da mesma para que qualifique a assistência. Ainda em A1, os autores relatam que além do “cuidado tecnológico”, o profissional tem que ter um olhar autêntico, ser presente e capaz de experienciar um mundo subjetivo do outro, mesmo sendo, um “ser morto”.

“Respeitá-lo como ser humano e cidadão, trabalhando no sentido de incluí-lo no conjunto de respostas à saúde, com direito e garantia de assistência.” (KOERICH, 2006, p.181). Diante do exposto, o profissional de saúde deve usar de todos os dispositivos que lhe é oferecido para preservar a vida, utilizando o conhecimento tecnológico, que é disponibilizado à saúde codificada em “o saber”, ponto crucial para à assistência adequada.

O estudo A1 desenvolvido na UTI identificou duas dimensões dos cuidados intensivos. Encontraram-se duas vertentes do cuidado, como a prática assistencial e o cuidado como relação dialógica. A primeira se executa nos procedimentos técnicos, envolvidos com responsabilidade, porém com o direcionamento técnico-científica. Já a outra dimensão evidencia-se a partir do cuidador e sua autenticidade, valorizando além dos aspectos técnico-científicos, a subjetividade do cuidado ao paciente complexo, mesmo em diagnóstico de ME.

Andrade e Viera 2006, referem que o processo de enfermagem é “baseado em princípios e regras que são conhecidos por promover cuidado de enfermagem eficiente”. Sua definição acontece pela dinamicidade das ações que são planejadas, visando assistência ao ser humano. Pode ser denominada, ainda, como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Em vista, percebe que a enfermagem é uma profissão que é marcada pelo dinamismo que se faz necessário para organizá-lo – o processo de cuidar. Além de organizar as etapas facilita a metodologia de trabalho melhorando a comunicação entre elas e as demais equipes multiprofissionais.

Na sua importância, o processo de cuidar da enfermagem assegura ao profissional o exercício de cuidar de cada paciente, dando-lhe um enfoque na totalidade de qualquer ser assistido,

visto que, o mesmo, o cuidador norteia o gerenciamento das diferentes situações que ele venha a se encontrar.

Em A2 e A3, referem que o cuidado da equipe de enfermagem deve ser forma organizada para evitar possíveis sequelas. O cuidado se efetiva através das atitudes terapêuticas que são prestadas. O rigoroso balanço hídrico, controlando e verificando a resposta hemodinâmica desse paciente. Atentou-se também, para a reposição volêmica que tem que ocorrer em veia calibrosa periférica, sendo que as drogas vasoativas devem ser administradas em veias centrais em vias exclusivas. Outro aspecto inerente a esse PD é realização das dosagens seriadas de glicose sanguíneas do controle dos distúrbios hidroeletrólíticos, que ocorre, no mínimo de quatro em quatro horas, mas havendo persistência esses intervalos podem e devem ser diminuídos e a equipe precisa estar atenta para quaisquer alterações. Outras alterações que podem ser manifestadas por um paciente em ME, são os distúrbios da coagulação e podem ser percebidas por sinais menores como hematúria e/ou gengivorragias, ou até mesmo por sangramento em locais de punções vasculares.

Em consonância de A2 a A5, que abordam a importância do controle e a manutenção da temperatura (ideal entre 36°-37°C), sendo função exclusiva da equipe de enfermagem. Em A3, relata que a maioria dos entrevistados questionados sobre a forma mais rápida, eficaz e econômica de aquecer corretamente um PD (61,8%), os mesmos responderam corretamente a infusão de soluções aquecidas (37°-38°C).

Em suma Westphal *et al* (2012), relata que “considerando a grande labilidade térmica e a forte influencia da temperatura ambiente sobre a temperatura da pele, a aferição da temperatura central dá informações mais precisas, especialmente se houver hipotermia. Sendo a busca pela manutenção da normotermia imprescindível para a garantir o controle hemodinâmico.

Diante do exposto, nota-se que os profissionais de enfermagem estão cientes dos procedimentos referentes ao cuidado aos pacientes em ME. A manutenção da temperatura corporal é essencial sendo um dos cuidados mais relevante e eficaz para afastar a hipótese de hipotermia (que pode ser apontada como causa do coma). Em concordância, as estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem na preservação da temperatura corporal, foram as mantas térmicas, que evita o paciente perder calor pro meio ambiente; monitorização da temperatura, no mínimo de duas em duas horas; administração de soluções aquecidos, tentando manter o paciente aquecido sendo essa medida econômica e eficaz; foco de luz em região abdominal, essa medida se torna útil pois na cavidade abdominal contém líquidos o que facilita o aquecimento das estruturas. Já que a ME causa dano ao centro termorregulador hipotalâmico.

Então, diante da dificuldade de doadores e de órgãos com condições aptas para a doação, é fundamental os cuidados da equipe de enfermagem frente a este paciente. Faz-se necessário que os integrantes da equipe possuam conhecimento da fisiopatologia inerente da ME e que os cuidados prestados aconteçam de maneira integral e organizada para que ocorra uma otimização do tempo podendo assim efetivar o transplante.

Em A2, A3 e A5, abordam que a monitorização eletrocardiográfica se faz imprescindível em pacientes em ME, pois detecta presença de arritmias, havendo uma precoce intervenção, evitando uma possível parada cardíaca. Porém, ocorrendo essa situação a equipe de enfermagem juntamente com o profissional médico deve instituir as manobras ressuscitadoras básicas e avançadas.

Segundo Rech e Rodrigues Filho (2007), as disritmias cardíacas são freqüentes nos doadores e podem comprometer o débito cardíaco. Bradicardias podem exigir o uso de marcapasso, pois não respondem ao uso de atropina.

Em suma, a monitorização já se faz uso como padronização do cuidado existente nas UTIs quando se trata de paciente complexo. Nos casos de ME esse acompanhamento acontece em intervalos de tempo menores (02 em 02 horas), pois a equipe de enfermagem deve estar atenta para qualquer alteração. É a partir da marcação dos monitores que a equipe observa e controla os dados hemodinâmicos, pois eles auxiliam os profissionais nas condutas de cuidar, podendo escolher os procedimentos adequados.

Partindo do pressuposto que a equipe de enfermagem deve estar apta para cuidar e que são responsáveis pela manutenção e controle dos dados hemodinâmicos do PD. Os cuidados são a chave para manter esse paciente sem complicações, pois a enfermagem assume o papel natural de cuidar, e precisam está capacitados sobre a fisiopatologia de ME e suas repercussões, e como proceder a cada situação.

4.5 AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE EM ME.

Em leitura dos artigos selecionados para esse estudo, foram relatadas dificuldades em 03 dos 05 escolhidos, a saber: A1, A3 e A5.

Em A1, identificou que o sentimento de dúvida causava desconfiança nos profissionais, se realmente o paciente encontrava-se morto e se os testes para o diagnóstico de ME eram fidedignos.

Segundo Bitencourt et al. (2007), foi realizado um estudo recentemente pela Sociedade de Terapia Intensiva da Bahia (SOTIBA), com o apoio da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), evidenciou que o conhecimento acerca dos critérios de ME é ainda pouco difundido entre os estudantes que lida com esse paciente.

Essa dúvida é explicada pelo fato de que o paciente em ME apresenta em si, elementos próprios de quem está vivo e que também sustentam sua morte, relata A1.

Assim, percebe-se que o conceito de ME, ainda encontra resistência entre a equipe de enfermagem e nota-se que esse embate começou na formação do profissional. Diante disso, visa direcionar o currículo dos cursos de graduação no intuito de expandir o conhecimento sobre o universo que envolve um paciente em ME, na finalidade de amenizar as dúvidas, para enfim sanar as dificuldades.

Em concordância A3, relata que apesar dos entrevistados afirmam que estão preparados para cuidar de um PD. No entanto, quando relacionado ao número de acertos na pesquisa, não é o que se observa na realidade. O mesmo em consideração constatou a premência de treinamento para que as dificuldades sejam sanadas, há ponto de não comprometer o cuidado ao paciente.

O enfermeiro que atua em UTI necessita de qualificação adequada, mobilizar competências profissionais específicas, durante a execução do seu trabalho. Além das atividades de educação continuada/permanente que são uma das formas de aperfeiçoar a assistência (CAMELO, 2012).

Percebe-se que a atualização e capacitação a equipe é algo indispensável para o cuidado de um PD, isso significa evitar as complicações inerentes da ME. Isso possibilita a equipe desenvolver competências adquiridas nas ações, que remodelam a prática assistencial para o paciente em ME.

Ainda em A3, citou como dificuldade a falta de materiais que são necessários para cuidar de PD. Em tempo, o mesmo relata que a equipe improvisa ações para não comprometer a assistência.

No caso de UTIs, o enfermeiro tem papel relevante no gerenciamento de recursos materiais, pois atendem, nesse setor, pacientes de maior complexidade, se torna necessário harmonizar o serviço entre alta tecnologia e assistência (CAMELO, 2012).

Nesse aspecto, cabe ao enfermeiro, o papel de gerenciar as unidades e serviços de saúde. Visto que, os bens de consumos (os materiais) precisam ser administrados, prevendo e provendo os

mesmos para que não ocorra imprevistos podendo assim assistir às necessidades do paciente em ME de forma adequada, efetivando-o como um PD.

Em consonância, A3 e A5 referem que apesar de toda a experiência vivida e a dor sentida ao cuidar do paciente em ME, os mesmos não apreendem sobre morte e vida como esfera da natureza, apesar de sua formação tratar os fenômenos da vida e da morte como eventos da esfera biológica, assim comprometendo os cuidados ao paciente em ME. Sendo que os profissionais não conseguem lidar com seus conflitos internos levando-o a não prestar os cuidados adequados ao PD de órgãos.

A equipe em sua prática, lida constantemente com as perdas alheias, portanto é necessário aprender a superá-las ou desenvolver mecanismos de adaptação, fortalecendo-se como pessoa para, dessa forma, apoiar os familiares nos momentos de suas perdas (LEITE; VILA, 2005).

Assim, é essencial que haja um acompanhamento a esses profissionais que cuidam de pacientes críticos, esses devem está capacitados, onde possam resolver questões internas da equipe, já que o trabalho da enfermagem exige atender diferentes demandas ligadas à complexidade da assistência prestada e do ambiente de trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES

A presente revisão sistemática, que teve como objetivo analisar as publicações sobre o cuidado da equipe de enfermagem ao paciente em ME, que se obteve através de cinco artigos nomeados como: A1, A2, A3, A4 e A5.

A pesquisa mostrou ser de grande relevância, sendo possível reunir em um corpo vários aspectos pertinentes no que engloba o paciente em ME. De conhecimentos necessários desde os cuidados de enfermagem e sua efetivação, até os entraves, que comprometem a organização de cuidar. Além de servir como instrumento de atualização para os profissionais da área, sendo que no presente estudo essa questão foi algo notório. Assim, a equipe de enfermagem precisa constantemente está envolvida e atualizada sobre o assunto, que por sua vez, vem crescendo com o passar das décadas e com o avanço tecnológico, no que tange transplante e doação de órgãos.

Das limitações, pode-se notar desde do início da construção desse trabalho. A busca na literatura brasileira sobre o tema abordado se tornou algo cansativo. Isso mostra que há poucas publicações sobre o cuidado da equipe de enfermagem ao paciente em ME, e durante a análise dos resultados percebeu-se que essa carência nas bases de dados é devido à complexidade na qual o paciente em ME está envolvido.

Nas discussões do estudo, questionamos 04 (quatro) categorias estabelecidas após a leitura dos artigos. Trouxemos contribuições de diversos autores para fomentar as idéias expostas. Notou-se que alguns cuidados a esse paciente eram equivocados, mas na sua grande maioria a equipe de enfermagem estava ciente do seu papel.

No âmbito da prática profissional, o estudo deixa uma significância, pois possibilitou a imersão didática nesse mundo complexo de ME. Devido à busca na literatura, houve o aperfeiçoamento científico, onde recolheu e aprimorou as informações necessárias para que houvesse melhor assistência de enfermagem. De “posse” dos conhecimentos a enfermagem pode contribuir e muito para melhor o cenário dos transplantes no Brasil.

O que se sugeri é que o enfermeiro permita-se refletir a modo que desconstrua aos paradigmas do complexo paciente em ME. Que possa prevalecer um novo significado aos cuidados prestados, possibilitando compreender a sua singularidade. Contudo, visa rever a formação desses

profissionais, reavaliando o currículo para ampliar o conhecimento sobre ME e suas peculiaridades, facilitando o processo de doação, minimizando os sentimentos de incerteza ao cuidar desse ser.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Joseilze Santos de and VIEIRA, Maria Jésia. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2005, vol.58, n.3, pp. 261-265. ISSN 0034-7167.
- BARRADAS, Júlia Florbela Gago. **Atitudes Dos Enfermeiros Perante Morte Cerebral E Transplantação De Órgãos.** Universidade Do Algarve Faculdade De Ciências Humanas E Sociais Departamento De Psicologia Faro 2010
- BITENCOURT, Almir Galvão Vieira et al. Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre morte encefálica. *Rev. bras. ter. intensiva* [online]. 2007, vol.19, n.2, pp. 144-150. ISSN 0103-507X.
- BREVIDELLI, Maria Meimei; DOMENICO Edvane Birelo Lopes de. **Trabalho de Conclusão de Curso.** 1ª ed. São Paulo, SP. Iátria, 2006
- CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal and ESPIRITO SANTO, Fátima Helena do. **Refletindo sobre o cuidar e o ensinar na enfermagem.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2001, vol.9, n.1, pp. 13-17. ISSN 0104-1169.
- CAMELO, Silvia Helena Henriques. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2012, vol.20, n.1, pp. 192-200.
- CORREA NETO, Ylmar. Morte encefálica: cinquenta anos além do coma profundo. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2010, vol.10, suppl.2, pp. s355-s361.
- COSTA, Silvio Cruz; FIGUEIREDO, Maria Renita Burg and SCHAURICH, Diego. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 571-580. ISSN 1807-5762.
- CARVALHO, Ana Cláudia Tavares Ribeiro; OLIVEIRA, Karine Tsouroutsoglou de; ALMEIDA, Raquel Silva de; SOUZA, Flávia Silva de; MENEZES, Harlon França de,. REFLECTING ON THE PRACTICE OF NURSING CARE SYSTEMATIZATION IN THE INTENSIVE CARE UNIT. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental* . Apr-Jun2013, Vol. 5 Issue 2, p3723-3729. 7p
- DANTAS FILHO, Venâncio Pereira et al. Dos conceitos de morte aos critérios para o diagnóstico de morte encefálica. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [online]. 1996, vol.54, n.4, pp. 705-710.
- D'IMPERIO, Fernando. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. *Rev. bras. ter. intensiva* [online]. 2007, vol.19, n.1, pp. 74-84.

FERREIRA, N.M.L.A.; HISAMITSU, C. O enfermeiro frente as manifestações emocionais do paciente hospitalizado. *Acta Paul. Enfermagem*, v. 6, n.1/4, p. 16-23, 1993.

GARCIA VD. A política de transplantes no Brasil. **Rev AMRIGS**, Porto Alegre, 2006 out/dez; 50 (4): 313-20.

FREIRE, ILS; MENDONÇA, AEO; PONTES, VO; VASCONCELOS, QLDAQ; TORRES, GV. Morte encefálica e cuidados na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2012 oct/dec;14(4):903-12

GASKELL, George; BAUER, Martin W. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático – 7ª ed.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

GONÇALVES, Ferraz. Conceitos e Critérios de Morte. **Revista Nascer e Crescer** 2007; 16(4): 245-248

KOERICH, Magda Santos et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2006, vol.15, n.spe, pp. 178-185.

LEITE, Maria Abadia and VILA, Vanessa da Silva Carvalho. **Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13, n.2, pp. 145-150. ISSN 0104-1169.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde.** Santa Maria: Pallotti, 2001.

LUCCAS, FRANCISCO JOSÉ C.; BRAGA, NADIA I. O. e SILVADO, CARLOS EDUARDO SOARES. Recomendações técnicas para o registro do eletrencefalograma (EEG) na suspeita da morte encefálica. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** [online]. 1998, vol.56, n.3B, pp. 697-702. ISSN 0004-282X

MORAES, J.C.; GARCIA, V. da G.L.; FONSECA, A. da S. Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulta: Visão dos clientes. **Revista Nursing.** v.79, n.7, 2004.

MORAT, Eric Grossi; Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. **Revi Med Minas Gerais** 2009; 19(3): 227-236

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do and TRENTINI, Mercedes. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2004, vol.12, n.2, pp. 250-257. ISSN 0104-1169.

PESTANA, Aline Lima et al. Pensamento *Lean* e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2013, vol.47, n.1, pp. 258-264. ISSN 0080-6234.

PESTANA, Aline Lima; ERDMANN, Alacoque Lorenzini and SOUSA, Francisca Georgina Macêdo de. Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica. *Esc. Anna Nery* [online]. 2012, vol.16, n.4, pp.

RECH, Tatiana H. e RODRIGUES FILHO, Édison Moraes. Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. *Rev. bras. ter. intensiva* [online]. 2007, vol.19, n.2, pp. 197-204.

SALLUM, AMC;ROSSATO, LM;SILVA, SF. Morte encefálica em criança: subsídios para a prática clínica. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 mai-jun; 64(3): 600-4.

SCHEIN, Alaor Ernst et al. Avaliação do conhecimento de intensivistas sobre morte encefálica. *Rev. bras. ter. intensiva* [online]. 2008, vol.20, n.2, pp. 144-148.

SILVA, Rudval Souza da; CAMPOS, Ana Emília Rosa e PEREIRA, Álvaro. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011, vol.45, n.3, pp. 738-744.

SOUZA M, Possari JF, Mugaiar KHB. Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. *Rev Paul Enferm* 1985 abr; 5(2): 77-9.

TRAVELBEE, J. Intervención en enfermería psiquiátrica. Washington: Organización **Panamericana de la Salud**, 1979. p.257.

UETTI, Nancy Ramos and MARQUES, Isaac Rosa. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2008, vol.61, n.1, pp. 91-97.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho e ROSSI, Lídia Aparecida. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "*muito falado e pouco vivido*". *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2002, vol.10, n.2, pp. 137-144.

WESTPHAL, Glauco Adrieno et al . Protocolo gerenciado de tratamento do potencial doador falecido reduz incidência de parada cardíaca antes do explante dos órgãos. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo , v. 24, n. 4, dez. 2012.

