

# Profissionais de saúde e o diagnóstico de morte encefálica: uma revisão

## Health professionals and the diagnosis of encephalic death: a review

Isabela CASTELLI [1](#); Áderson Luiz COSTA Junior [2](#)

Recebido: 12/10/2017 • Aprovado: 04/11/2017

### Conteúdo

[1. Introdução](#)

[2. Método](#)

[3. Resultados](#)

[4. Discussão](#)

[5. Conclusão](#)

[Referências Bibliográficas](#)

#### RESUMO:

Com avanços científicos e estabelecimento de critérios para identificação de morte encefálica, deve-se compreender implicações desse conceito aos profissionais de saúde. Esta condição propicia doação de órgãos, possibilitando sobrevivência aos receptores. Realizou-se levantamento sistemático de 40 artigos, apontando dificuldades de compreensão do diagnóstico. Organiza-se dados por temáticas: manutenção do paciente; comunicação de morte encefálica e; análise dos motivos para recusa à doação. Delimita-se paralelo entre conhecimento e segurança na execução de tarefas. Destaca-se o diálogo sobre doação e transplante.

**Palavras-Chave:** Morte Encefálica; Comunicação em Saúde; Obtenção de Tecidos e Órgãos; Transplante.

#### ABSTRACT:

Scientific advances and establishment of brain death's identification criteria, one should understand implications of this concept to health professionals. This condition provides organ donation, allowing recipients' survival. Systematic study of 40 articles was carried out, pointing out difficulties in understanding the diagnosis. Data are organized by theme: patient maintenance; brain death's communication and; analysis of the reasons for refusal to donate. It delimits the parallel between knowledge and security in tasks' execution. The dialogue on donation and transplantation stands out.

**Keywords:** Encephalic Death; Health Communication; Obtaining Tissues and Organs; Transplant.

## 1. Introdução

O conceito de morte encefálica (ME) requer esclarecimento de que essa condição equivale à morte, mas, diferencia-se da "morte clínica", que diz respeito à cessação das funções cerebrais, embora, não necessariamente, à paralização imediata de funções cardiorrespiratórias (Conselho Federal de Medicina, 1997).

Até os anos 60, a interrupção das atividades cardíacas e pulmonares levava à identificação da chamada "morte clínica". Com a evolução técnico-científica da Medicina, estas funções puderam ser mantidas, temporária e artificialmente, por equipamentos. A morte pôde, então, ser definida a partir da identificação da supressão das funções cerebrais (Slade & Lovasik, 2002; Pearson, Robertson-Malt, Walsh, & Fitzgerald, 2001; Sadala, Lorençon, Cercal & Schelp, 2006). Deste modo, parece haver um fator singular que torna potencialmente problemática a representação social da ME.

Foi o manejo da definição de "morte", viabilizado pela condição de ME, equivalente à morte clínica, que potencializou o campo dos transplantes (Hadders & Alnaes, 2013). ME é condição requisito para a modalidade de transplante *post mortem*. Uma vez diagnosticada ME, o paciente falecido - ainda que apresente batimentos cardíacos - pode ser apontado como potencial doador (PD) de órgãos, até que os familiares sejam comunicados e questionados formalmente sobre a opção da doação (Monforte-Royo & Roqué, 2012).

A partir da identificação de um paciente em ME, cabe aos profissionais de saúde alguns cuidados e providências, como: manutenção de estabilidade da condição fisiológica do paciente para possível doação; comunicação à família do(a) falecido(a), que deve deliberar pela doação; e, no caso do consentimento dos familiares, organização e execução da captação dos órgãos para transplante(s).

Esta revisão analisa o que a literatura disponível refere sobre a percepção da experiência dos profissionais de saúde que vivenciam estas rotinas e como lidam com fatores técnicos, éticos e pessoais, relacionados às tarefas que realizam.

---

## 2. Método

Utilizou-se o Portal de Periódicos CAPES, na íntegra, e bases referenciais, consultadas separadamente, Scielo, Lilacs, MedLine e BDEF. Buscou-se artigos publicados, em língua inglesa e portuguesa, publicados entre 2015 e 2001. Utilizou-se os descritores, separadamente: *Communication, Transplantation, Organ Donation, Brain Death, Nursing, Health Staff Attitude e Patient Care Team*. Foram também combinados, dois a dois: morte encefálica e equipe; morte encefálica e atitude do pessoal de saúde, morte encefálica e equipe de assistência ao paciente, *brain death and nursing*. E, ainda, foram agrupados, três a três: *brain death AND communication AND nursing* e, ainda, morte encefálica e comunicação e atitude do pessoal de saúde.

Adotou-se, como critérios de exclusão: artigos publicados em outras línguas; estudos em contextos pediátricos; textos não disponíveis na íntegra; estudos que contemplassem transplantes com doadores após parada cardíaca ("*non heart beating*") e; artigos que apresentassem diretrizes técnicas a cuidados com o paciente em ME.

Identificou-se 972 textos, dos quais 46 foram selecionados por possuírem, nos títulos e resumos, informações pertinentes à proposta desta revisão; digo, envolviam, comunicação de ME, percepção, dos profissionais, sobre ME e experiência dos profissionais com entrevistas para consentimento à doação de órgãos. Três estudos foram excluídos por serem dissertações de mestrado. Após leitura, na íntegra, um artigo foi excluído por abordar, exclusivamente, percepções de familiares. Outro artigo foi descartado por discutir questões técnicas da suspensão de suporte terapêutico a pacientes. E mais um artigo, por tratar de análise de gestão de políticas relativas à ME. Ao final, considerou-se 40 artigos para esta redação.

---

## 3. Resultados

Dados obtidos e suas implicações foram organizados por conteúdos temáticos relevantes, a seguir descritos:

### 3.1. A Tarefa de Manter o Potencial Doador e Suas Implicações

Sabe-se que trabalho em instituições hospitalares é caracterizado como alto potencial de estresse (Guido, Linch, Andolhe, Conegatto & Tonini, 2009). A equipe de enfermagem, responsável pelo cuidado a pacientes em ME, percebe seu trabalho como de grande responsabilidade “onde nada pode dar errado” (Pestana, Santos, Erdmann, Silva & Erdmann, 2013; Cavalcante, Ramos, Araújo, Alves & Braga, 2014; Flodén, Berg & Forsberg, 2011).

Quando referimos o trabalho de profissionais de saúde com pacientes em ME, um foco de atenção se singulariza: o profissional lida, concomitantemente, com vida e morte. Diante da condição de ME, irreversível, o profissional identifica a morte e, ao mesmo tempo, encara a vida, representada pela vitalidade de órgãos ainda em funcionamento e que podem ser transplantados. Nesta situação, a manutenção hemodinâmica do paciente possibilita condições técnicas para transplante (Guido et al., 2009; Hadders & Alnaes, 2013; Pestana et al., 2013; Moraes, Santos, Merighi & Massarollo, 2014; Monforte-Royo & Roqué, 2012; Cavalcante et al., 2014; Oroy, Stromskag & Gjengedal, 2013; Flodén, Berg & Forsberg, 2011). Esse procedimento, contudo, pode mascarar a percepção da família acerca do que significa a ME, motivo pelo qual uma adequada compreensão do conceito parece essencial à execução das tarefas de comunicação, obtenção de consentimento, captação e transplante de órgãos (Cappellaro, Silveira, Lunardi, Corrêa, Sanchez & Saioron, 2014; Araújo & Massarollo, 2014; Nicely & De Lario, 2011; Collins, 2004; Moraes, Neves, Santos, Merighi & Massarollo, 2015).

A manutenção hemodinâmica deficitária dos pacientes, PD, é, após a formalização de recusa dos familiares, a segunda causa de não doação de órgãos (Lemes & Bastos, 2007). Ressalta-se que avançados aparatos técnicos, que possibilitam a manutenção do potencial doador, exigem profissionais de unidade de terapia intensiva (UTI) hábeis no manuseio de equipamentos e medicações, com assistência contínua e de qualidade (Souza, Borenstein, Silva, Souza & Carvalho, 2013). A manutenção deficitária de PD pode ser resultado de inadequada formação acadêmica, descaso com o PD que fica em “segundo plano” e/ou recursos físicos insuficientes, ou obsoletos, do sistema de saúde. Tais fatores podem dificultar a comunicação com a família, que no momento da entrevista para captação de órgãos, pode questionar a qualidade do atendimento disponibilizado (Moraes et al., 2014).

Em estudo com equipe de 17 profissionais de enfermagem sobre os cuidados ao paciente em ME, chamou atenção o relato de um profissional sobre o desconhecimento da equipe quanto aos cuidados adequados. O profissional afirma que a equipe nunca havia recebido qualquer orientação técnica ou preparo psicológico para essas tarefas (Lemes & Bastos, 2007). Vale ressaltar que a lacuna de conhecimentos vai além do despreparo técnico-prático, o profissional pode sentir-se despreparado psicologicamente, vivenciando sentimentos de perda, tristeza, insegurança, sofrimento e angústia (Cavalcante et al., 2014; Collins, 2004; Moraes et al., 2015; Hosseini, Manzari & Khaleghi, 2015).

O despreparo psicológico constitui importante fator adverso à obtenção de boa comunicação da equipe com familiares de PD. Estes dados são corroborados por Souza et al. (2013) que, ao entrevistarem enfermeiros de uma UTI, apontam que identificar um paciente em ME provoca uma situação ameaçadora pela dúvida do diagnóstico, medo da própria morte e pela sensação de fracasso profissional. Exemplo é o comentário de um profissional: “...aí você se sente impotente, incapaz, diante de tudo o que a gente faz especialmente quando se perde o paciente no final. É muito triste” (p. 46).

Autores (Cavalcante et al., 2014; Ronayne, 2009; Moraes et al., 2015) também analisaram o significado da percepção de finitude na atividade de enfermeiros envolvidos com manutenção de PD. Os profissionais têm contato com diferentes recortes do tema finitude: a própria vulnerabilidade, dependência do outro e transitoriedade. Estas questões aparecem, com maior evidência, quando o paciente guarda características semelhantes às do profissional, como gênero e idade.

Dados semelhantes foram discutidos por Pestana, Erdmann e Sousa (2012), que apontam maior frustração quando o paciente em ME tem parada cardiorespiratória antes de se tornar doador de órgãos, ou seja, antes de possibilitar a chance de tratamento (e cura) a outros

pacientes.

Uma estratégia de enfrentamento, referida por uma equipe de UTI, é a tentativa de manter o contato com o lado "humano" do paciente declarado morto; esforço para construir um modo mais digno de lidar com a morte. Para tanto, entre os comportamentos dos profissionais está o de falar com o "paciente morto", da mesma maneira que fariam com um paciente sedado. Para alguns profissionais, este comportamento sustentaria o aspecto relacional dos cuidados prestados (Hadders & Alnaes, 2013; Nicely & De Lario, 2011; Pearson et al., 2001). Autores apontam que esta prática pode estar fundamentada na dissonância cognitiva que o paciente em ME tende a provocar: uma vez que não aparenta estar morto, os profissionais o tratam como tratariam outro paciente em estado grave, na tentativa de minimizar o desconforto sentido (Ronayne, 2009; Flóden et al., 2011). Os mesmos autores apontam, no entanto, que dentro da própria equipe observam-se questionamentos sobre se essa conduta não poderia gerar mais confusão aos familiares. A divergência se manifesta, mais claramente, entre médicos que se declaram contrários a tal prática. Uma vez declarados mortos não podem mais ouvir; só faz sentido falar sobre o paciente, e não mais como paciente.

### **3.2. A Tarefa de Comunicar a Morte Encefálica**

Anterior e essencial ao processo de doação, é tarefa dos profissionais a comunicação do diagnóstico de ME a familiares do paciente. No entanto, a maneira como a comunicação ocorre pode representar problema (Powell, 2014).

Autores (Cappellaro, 2014; Nicely & De Lario, 2011; Cavalcante et al., 2014; Anker, Feeley, Friedman & Kruegler, 2009; Moraes et al., 2015; Flóden et al., 2011; Salladay, 2002) ressaltam que os profissionais devem ser didáticos e hábeis para sanar as dúvidas de familiares em relação ao diagnóstico e ao processo de captação. Nicely e De Lario (2011), apresentam os Princípios de Henderson, elementos norteadores da prática da Enfermagem. Para esses autores, o profissional de enfermagem, envolvido no contexto de transplante, deve estar apto para abordagem familiar, bem como entre pares da equipe, possibilitando estratégias para lidar com situações difíceis. Para isso, é necessário ter formação específica, ou receber treinamento, em comunicação de más notícias, ferramenta básica à execução das atividades profissionais cotidianas (Moraes et al., 2014; Pelleriaux et al., 2008). Sugere-se que treinamentos sobre ME e transplantes devem ser ministrados ainda nos cursos de graduação, habilitando futuros profissionais (Anker et al., 2009).

Antes da comunicação aos familiares do paciente, autores (Cappellaro et al., 2014; Marck, Weiland, Neate, Hickey & Jelinek, 2012; Ronayne, 2009; Mikla et al., 2015; Zambudio, Martínez-Alarcón, Parrilla & Ramírez, 2009; Flodén et al., 2011) destacam ser imprescindível que a equipe profissional aceite o diagnóstico de ME e compreenda esse conceito e suas implicações.

Em estudo (Guido et al., 2009), 19 profissionais de UTI que lidavam, cotidianamente, com questões relacionadas a ME e doações de órgãos referiram os cuidados técnicos necessários à manutenção dos pacientes e a atenção contínua aos dispositivos do ambiente (alarmes dos monitores, respiradores e bombas de infusão) como fatores altamente estressantes. Consideraram, no entanto, mais estressante a interação social e orientações aos familiares dos pacientes, assim como limitações quanto ao que fazer diante das reações emocionais à comunicação de ME. Outros estudos (Pelleriaux et al., 2008; Oroy, et al., 2013) corroboram estes achados, evidenciando o quanto as situações de comunicação entre profissionais e familiares podem ser delicadas.

Em estudo que avaliava o conhecimento de médicos que atuavam em UTI, verificou-se que 59 de um total de 246 (24% dos participantes), confundiam a hora da morte do paciente com o horário do registro do diagnóstico de ME. Cerca de um a cada quatro entrevistados declarou que o horário de óbito correspondia ao momento da retirada de órgãos para doação (Schein et al., 2008). Em outro estudo (White, 2003) com profissionais de saúde, os participantes

acreditavam que o horário do óbito equivalia ao horário da parada cardíaca. Ademais, consideravam a ME como um estágio anterior à "morte verdadeira", que aconteceria apenas com a cessação das funções cardiopulmonares.

É necessário ressaltar a importância de que o diagnóstico de ME seja compreendido por toda a equipe de saúde. Diversos estudos (Ríos et al., 2007; Mikla et al., 2015; Zambudio et al., 2009; Hosseini et al., 2015; Vijayalakshmi, Ramachandra & Math, 2015) demonstraram correlação significativa entre o posicionamento, por parte do profissional, favorável à doação de órgãos e a compreensão do diagnóstico de ME, bem como já ter conversado, com sua família, sobre essa temática. Existe ainda correlação positiva entre profissionais de saúde com maior conhecimento sobre ME e atitude favorável à doação de órgãos e maior percepção de segurança em oferecer suporte à família (Marck et al., 2012).

Se os profissionais têm dificuldades com a compreensão do conceito de ME, familiares também apresentam tal dificuldade. Em estudo com amostra da cidade de Santa Maria (RS), observou-se que a representação que os entrevistados faziam de ME era de uma zona limite que dividiria vida e morte: a pessoa já estava condenada a morrer, contudo, ainda continuaria viva (Quintana & Arpini, 2009).

A dificuldade de compreensão deste conceito, pelos familiares, é a principal causa para não doação de órgãos. "Os envolvidos têm dificuldades de compreender que um corpo que possui batimentos cardíacos, que respira (com ajuda dos equipamentos) e que, às vezes, ainda possui temperatura esteja morto" (Pessoa, Schirmer & Roza, 2013 p. 327; Kocaay, Celik, Ekter, Akyol & Tuzuner, 2015; Ríos et al., 2007; Kim, Fisher & Elliot, 2005; Martínez-Alarcón et al., 2009; Lee, 2011; Ronayne, 2009; White, 2003). Diversas vezes, o paciente em ME, pode parecer mais saudável do que o paciente em estado crítico, internado no leito ao lado. Em suma, "o paciente em ME não parece com a maneira que nós imaginamos uma pessoa morta" (Powell, 2014, p. 265; Pearson et al., 2001; Sadala et al., 2006)

Estes dados reforçam que o diagnóstico de ME, apesar de embasado em protocolo estruturado e estabelecido pelo CFM (Conselho Federal de Medicina, 1997) ainda constitui um processo de difícil compreensão, tanto para a população quanto para os profissionais (Pestana et al., 2012; Pearson et al., 2001; Kim et al., 2005; Marck et al., 2012; Ronayne, 2009; Zambudio et al., 2009; Sadala et al., 2006; Collins, 2004).

Estudos apontam que apenas um em cada oito PD é, oficialmente, notificado ao sistema de captação de órgãos. Entre as principais barreiras à notificação estão: desconhecimento e/ou desinteresse por parte da equipe e sobrecarga de trabalho dos profissionais (Moraes et al., 2014; Flóden et al., 2011; Kim et al., 2005; Jeon, Kim, Kim, Byeon, Hong, Bae, & Son, 2012). Autores (Araújo & Massarollo, 2014) apontam que a dificuldade de aceitar o diagnóstico - que atrapalha a abertura do protocolo de ME - é percebida no momento da abordagem familiar (Moraes et al., 2014), podendo influenciar a decisão da família de doar os órgãos (Collins, 2004; Zambudio et al., 2009; Ríos et al., 2007; Martínez-Alarcón et al., 2009; Lee, 2011; Jeon et al., 2012).

Outras dificuldades ao processo de captação de órgãos se referem: ao perfil do paciente, fator de objeção ao diagnóstico, posto que, na maioria dos casos, o paciente é jovem ou sem doenças crônicas conhecidas (Powell, 2014; Ronayne, 2009; Moraes et al., 2015; Nicely & De Lario, 2011; Oroy et al., 2013; Sadala et al., 2006); e à percepção de impotência e fracasso profissional, que afeta a aceitação de ME (Souza et al., 2013) e reduz a chance de o profissional engajar-se em uma ação efetiva para obter o consentimento.

Algumas características adicionais da problemática de comunicação entre equipe e família podem ser apontadas: a perspectiva contextual pela qual se dá, parte do "lugar da ciência oficial", é falho, para modificar "os universos simbólicos das camadas populares" (Quintana & Arpini, 2009, p. 92), o que reforça a importância de que a comunicação considere o público alvo, adequando informações às crenças e especificidades culturais dos familiares; possível barreira à comunicação pode ser atribuída à desconfiança da população sobre equipes de

saúde, percebidas como “opressora, dificultando a troca de informações de maneira satisfatória” (Quintana & Arpini, 2009, s/p) e; o uso indevido de linguagem, excessivamente técnica, ou que não represente a realidade, dificulta a compreensão sobre os significados práticos de algumas informações (Powell, 2014) e inibe eventuais oportunidades de esclarecimentos.

No que se refere à linguagem, são alguns equívocos praticados pelos profissionais: (a) dizer, à família, que o paciente está ligado a equipamentos para “suporte de vida” (*life support*), quando, na realidade, os equipamentos mantêm o funcionamento dos órgãos (*organ support*) para viabilizar a doação, caso seja esta a opção da família; (b) afirmar que o suporte dos equipamentos está “mantendo vivo” o paciente até a chegada de um ente querido para despedida; e (c) requerer consentimento da família para retirada de ventilação mecânica - posto que o paciente já está morto, não há necessidade legal de consentimento (Powell, 2014).

Esses equívocos podem aumentar a necessidade dos familiares precisarem de mais tempo para assimilar e elaborar as novas, e estressantes, informações que estão sendo comunicadas pela equipe. Estudos observaram que a comunicação de ME era realizada na mesma entrevista que avaliava a pretensão dos familiares em autorizar a doação de órgãos. No entanto, um possível obstáculo ao consentimento para doação de órgãos era de que a família, exposta às duas temáticas de uma única vez, processaria, de forma insuficiente, as informações recebidas, gerando mais dilemas para a tomada de decisão (Hadders & Alnaes, 2013; Oroy et al., 2013).

Mais uma barreira à comunicação é a dificuldade dos profissionais em se referir ao PD como “falecido”. Experiências clínicas apontam típico uso de eufemismos, reforçando a repulsa à morte. Para autores (Hadders & Alnaes, 2013; Monforte-Royo & Roqué, 2012) é preciso ter bastante cautela ao eger o adjetivo usado para se referir ao paciente. Adjetivos muito fortes podem ser interpretados, pela família, como grosseiros, o que também pode dificultar uma comunicação mais efetiva. Ressalta-se que se referir ao paciente como “em ME” pode confundir os familiares quanto à irreversibilidade do quadro. Como sugestão, autores indicam que a equipe utilize o termo “falecido” ou similares, expondo à família o caráter irreversível do quadro (Nicely & De Lario, 2011; Ronayne, 2009).

Deve-se considerar que o processo de comunicação do profissional com a família não pode visar o “convencimento” à doação. A equipe deve saber respeitar e acolher a família que se encontra frágil emocionalmente (Pessoa et al., 2013; Moraes et al., 2014; Powell, 2014; Nicely & De Lario, 2011; Pearson et al., 2001; Cavalcante et al., 2014; Moraes et al., 2015; Oroy et al., 2013; Flóden et al., 2011). Ademais, caso ocorra recusa, é necessário esclarecer que o diagnóstico não se relaciona com o posicionamento de doar, ou não, os órgãos (Powell, 2014). Muitos são os motivos apontados para a recusa de familiares quanto à doação de órgãos, discutidos a seguir.

### **3.3. Os Motivos Referidos por Familiares para Recusar a Doação de Órgãos**

O principal obstáculo à efetiva doação é a recusa familiar (Zambudio et al., 2009; Martínez-Alarcón et al., 2009). No Brasil, representou 44% das 2.848 entrevistas realizadas em 2015 (Registro Brasileiro de Transplantes, 2015). Ao apresentar as principais causas da recusa familiar à doação, estudo (Pessoa et al., 2013) aponta a não compreensão do diagnóstico (21%), aspectos de natureza religiosa (19%), falta de competência técnica da equipe (19%) e processo demorado para devolução do corpo (10,2%). Pestana et. al (2013) observam que estes motivos são passíveis de intervenção e treinamento, suscitando campo de trabalho potencial aos psicólogos.

Após a recusa, conforme previsto pelo CFM (Conselho Federal de Medicina, 1997), a equipe deve desligar os equipamentos de manutenção hemodinâmica do paciente. Contudo, esse é mais um momento de sofrimento para a equipe. Um estudo (Araújo & Massarollo, 2014) com enfermeiros de um hospital de São Paulo, demonstrou que a retirada do ventilador mecânico de

uma pessoa com coração batendo – mesmo declarada morta - “gera a impressão de que ele está terminando de fazer algo, sendo sentido como se estivesse “matando” o paciente” (p. 217). Aponta-se que, muitas vezes, o profissional não desliga o ventilador por receio de conflitos legais e com familiares, somado ao despreparo da sociedade para aceitar tal procedimento.

Dados semelhantes foram discutidos por Sadala et al. (2006). As informações sugerem que a resistência à aceitação de ME se faz apenas no caso de não doadores; na hipótese de aceitação familiar à doação, a literatura não refere casos de questionamento.

Salienta-se que, no contexto de cuidados à saúde, o paciente exige qualidade e resolutividade dos profissionais (Pestana et al., 2013). Ademais, Souza et al. (2013) ressaltam que quanto mais capacitado for o profissional, mais se sentirá confiante e seguro diante de um diagnóstico de ME, assim como na assistência prestada ao potencial doador.

---

## 4. Discussão

Os relatos explicitados permitem inferir que trabalho em cenários que se caracterizam pela necessidade de atenção contínua, incluindo lidar com comunicação de más notícias e experiências de luto e óbito, é estressante.

Por vezes, o foco do profissional está em *curar* aqueles que podem receber os órgãos doados em detrimento de proporcionar condições para a melhor elaboração do luto dos familiares de um PD.

A despeito de falar com o paciente morto ser estratégia para elaboração do luto, acreditamos que esta forma de enfrentamento, por parte dos profissionais, possa sugerir um estilo de negação, a fim de reduzir o próprio sofrimento, possibilitando percepção de ambiguidade à família.

Entendemos que parte da compreensão da ME, pelo próprio profissional, poderia ser sanada com eficientes de treinamento de conhecimento técnico, onde questões práticas sobre fechamento diagnóstico e critérios para a condução do protocolo fossem discutidos.

Concernente às dificuldades para obtenção de consentimento a doação de órgãos, sugere-se necessidade da execução de um levantamento de opinião, entre os profissionais de UTI, sobre conhecimento, aceitação e aplicabilidade do conceito de ME e suas implicações para a abordagem dos familiares que, em última análise, deliberam pela doação, ou não. Esse levantamento poderia apontar lacunas de conhecimento técnico dos profissionais, além de crenças disfuncionais e barreiras de comunicação que poderiam ser objeto de treinamento formal entre equipes de saúde.

Certamente, profissionais de saúde, incluindo psicólogos, poderiam contribuir viabilizando debates sobre conceito e significados da ME, desconstruindo incertezas dos profissionais, o que poderia aumentar o número de casos de ME notificados, potencializando a captação e doação de órgãos e diminuindo o tempo de permanência do paciente, em ME, dentro de UTI - que, além de proporcionar desgaste emocional à família, tem elevado custo ao sistema de saúde.

Referente à família, levanta-se hipótese de que, a reação emocional da família à comunicação de ME esteja relacionada ao significado da perda, irreversível, do paciente, embora as faltas de conhecimento suficiente e de confiança nos conceitos de ME possam condicionar a magnitude de algumas reações emocionais. De qualquer forma, deve-se considerar que, tal comunicação, mesmo para equipe de saúde que lida cotidianamente com pacientes nesta condição, constitui um elemento desafiador.

Acreditamos que algumas barreiras ao processo de comunicação poderiam ser sanadas caso, como rotina de equipe, o diagnóstico de ME fosse abordado na medida em que exames fossem realizados, momento em que o profissional verificaria crenças e informações que a família conserva sobre o assunto. Este contato facilitaria o processo de entendimento das etapas diagnósticas, gerando percepção de maior confiança na equipe. Ademais, o contato com a



família, ao longo de todo o processo proporcionaria acolhimento e conforto aos familiares, que precisam tomar uma decisão delicada, limitada pelo breve tempo disponível.

Entre atuações possíveis de psicólogos, inclui-se: esclarecer, com a família, crenças errôneas acerca do processo diagnóstico e procedimentos de doação de órgãos; atuar como mediador, facilitando o processo de comunicação entre equipe e familiares; mapear principais dificuldades de equipes e, conseqüentemente, promover espaços contínuos para treinamento e escuta.

Tal condição requer que os profissionais recebam maior investimento em treinamentos e capacitação continuada. Esse investimento não apenas resultaria em trabalho melhor executado, mas em usuários e familiares mais satisfeitos com o sistema e profissionais mais capacitados a lidar com situações estressantes e com melhor habilidade de comunicação, possibilitando maior assistência interdisciplinar.

---

## 5. Conclusão

Ressaltamos que o investimento contínuo na formação e reciclagem dos profissionais deve perpassar elementos técnicos, como a correta manutenção hemodinâmica do PD e o manuseio adequado de aparatos tecnológicos, assim como deve facilitar a discussão do conceito de morte (clínica e encefálica), a abordagem adequada da família e estratégias de enfrentamento da equipe. Acreditamos que profissionais mais aptos em suas tarefas laborais proporcionarão menor tempo de abertura de protocolo, desligamento adequado da ventilação mecânica - significando maior rotatividade do leito de UTI e menor custo ao Estado - e melhoria na captação de órgãos e nos indicadores de transplantes.

Acreditamos que as temáticas de ME e doação de órgãos para transplante devam ser incorporadas aos currículos de graduação. O contato precoce com a área pode ser útil para desconstruir crenças errôneas e, desta forma, melhor preparar os graduandos para o mercado de trabalho. Evidencia-se percepção de maior confiança na realização de tarefas de comunicação de más notícias, explicar o protocolo de ME e questionar sobre intenção de doar os órgãos em profissionais que haviam passado por *workshops* (Blok, Morton, Morley, Kerckhoffs, Kootstra & Van Der Vleuten, 2004). Estes dados permitem delimitar paralelo entre conhecimento e segurança na execução de tarefas, sendo esta imprescindível para boa atuação profissional.

Em consonância com a literatura (Ríos et al., 2007; Vijayalakshmi et al., 2015; Zambudio et al., 2009; Mikla et al., 2015; Marck et al., 2012; Oroy et al., 2013), destaca-se como fundamental o diálogo, no contexto familiar e cotidiano, sobre o tema da doação de órgãos. Além de estar positivamente relacionado à atitude frente à doação, conhecer a opinião dos familiares é motivo relevante no momento de aceitar, ou recusar, doar órgãos de um parente próximo.

---

## Referências Bibliográficas

Anker, A.E., Feeley, T.H., Friedman, E. & Kruegler, J. (2009). Teaching organ and tissue donation in medical and nursing education: A needs assessment. *Progress in Transplantation*, 19(4), 343-328. doi: 10.1177/152692480901900409

Araújo, M.N. & Massarollo, M.C.K.B. (2014). Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros no processo de doação de órgãos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 215-220. doi: 10/1590/1982-0194201400047.

Blok, G.A., Morton, J., Morley, M., Kerckhoffs, C.C.J.M.C., Kootstra, G. & Van Der Vleuten, C.P.M. (2004). Requesting organ donation: The case of self-efficacy. *Advances in Health Sciences Education*, 9, 261-282. doi: [10.1007/s10459-004-9404-6](https://doi.org/10.1007/s10459-004-9404-6)

Cappellaro, J., Silveira, R.S., Lunardi, V.L., Corrêa, L.V.O., Sanchez, M.L. & Saioron, I. (2014). Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante: questões Éticas. *Revisa Rene*, 15(6), 949-956. doi: 10.15253/2175-6783.2014000600007

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 Paulista de Enfermagem*, 27(6), 567-672. doi: 10.1590/1982-0194201400092
- Collins, T.J. (2004). Organ and tissue donation: A survey of nurse's knowledge and educational needs in an adult ITU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21, 226-233. doi: 10.1016/j.iccn.2004.10.006
- Conselho Federal de Medicina (CFM). (1997). Resolução CFM n. 1.480, de 8 de agosto de 1997. Critérios de morte encefálica. *Diário Oficial da União*, 1, 18227-18228.
- Flodén, A., Berg, M. & Forsberg, A. (2011). ICU nurses' perceptions of responsibilities and organisation in relation to organ donation: A phenomenographic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, 305-316. doi: 10.1016/j.iccn.2011.08.002
- Guido, L.A., Linch, G.F.C., Andolhe, R., Conegatto, C.C. & Tonini, C.C. (2009). Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 01-07.
- Hadders, H. & Alnaes, A.H. (2013). Enacting death: Contested practices in the organ donation clinic. *Nursing Inquiry*, 20(3), 245-255. doi: 10.1111/j.1440-1800.2012.00603.x
- Hosseini, S.T.M., 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. *International Journal of Organ Transplantation Medicine*, 6(3), 105-113.
- Jeon, K. O., Kim, B. N., Kim, H. S., Byeon, N. I., Hong, J. J., Bae, S. H., & Son, S. Y. (2012). A study on knowledge and attitude toward brain death and organ retrieval among health care professionals in Korea. *Transplantation Proceedings*, 44, 859-861. doi: 10.1016/j.transproceed.2012.02.019
- Kim, J.R., Fisher, M.J. & Elliot, D. (2005). Attitudes of intensive care nurses towards brain death and organ transplantation: Instrument development and testing. *Journal of advanced nursing*, 53(5), 571-582. doi: [10.1111/j.1365-2648.2006.03759.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03759.x)
- Kocaay, A.F., Celik, S.U., Ekter, T., Akyol, C. & Tuzuner, A. (2015). Brain death and organ donation: Knowledge, awareness and attitudes of medical, law, divinity, nursing and communication students. *Transplantation Proceedings*, 47, 1244-1248. doi: 10.1016/j.transproceed.3015.05.071
- Lee, T. (2011). Brain Death Doubts. *Australian Nursing Journal*, 19(2), 17-18.
- Lemes, M.M.D.D. & Bastos, M.A.R. (2007). Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(5), 01-07.
- Marck, C.H., Weiland, T.J., Neate, S.L., Hickey, B.B. & Jelinek, G.A. (2012). Australian emergency doctors' and nurses' acceptance and knowledge regarding brain death: A national survey. *Clinical Transplantation*, 26, 254-260. doi: 10.1111/j.1399-0012.2012.01659.x
- Martínez-Alarcón, L., Ríos, A., López, M.J., Guzmán, D., López-Navas, A., Parrillam P, & Ramírez, P. (2009). Do nursing students understand the meaning of brain death? *Transplantation Proceedings*, 41, 2060-2063. doi: 10.1016/j.transproceed.2009.06.020
- Mikla, M., Ríos, A., López-Navas, A., Kasper, M., Brzostek, T., Martínez-Alarcón, L., Ramis, G., Ramírez, P. & López-Montesinos, M.J. (2015). Brain Death: Is It a Misunderstood Concept Among Nursing Students in the South of Poland? *Transplantation Proceedings*, 47, 2578-2580. doi: 10.1016/j.transproceed.2015.10.016
- Monforte-Royo, C. & Roqué, M.V. (2012). The organ donation process: A humanist perspective based on the experience of nursing care. *Nursing Philosophy*, 13, 295-301. doi: 10.1111/j.1466-769X.2012.00544.x
- Moraes, E.L., Neves, F.F., Santos, M.J., Merighi, M.A. & Massarollo, M.C.K.B. (2015). Experiências e expectativas de enfermeiros no cuidado ao doador de órgãos e à sua família.

*Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 49(2), 129-135. doi: 10.1590/S0080-623420150000800018

Moraes, E.L., Santos, M.J., Merighi, M.A.B. & Massarollo, M.C.K.B. (2014). Vivência dos enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 226-233. doi: 10.1590/0104-1169.3276.2406

Nicely, B. & De Lario, G.T. (2011). Virginia Henderson's principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death. *Progress in Transplantation*, 21(1), 72-77. doi: 10.1177/152692481102100110

Oroy, A., Stromskag, K.E. & Gjengedal, E. (2013). Approaching families on the subject of organ donation: A phenomenological study of the experience of healthcare professionals. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 202-211. doi: 10.1016/j.iccn.2013.02.003

Pearson, A., Robertson-Malt, S., Walsh, K. & Fitzgerald, M. (2001). Intensive care nurses' experience of caring for brain dead organ donor patients. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 132-139. doi: 10.1046/j.1365-2702.2001.00447.x

Pelleriaux, B., Roels, L., Van Deynse, D., Smiths, J., Cornu, O. & Delloye, C. (2008). An analysis of critical care staff's attitudes to donation in a country with presumed-consent legislation. *Progress in Transplantation*, 18(3), 173-178. doi: 10.1177/152692480801800305

Pessoa, J.L.E., Schirmer, J. & Roza, B.A. (2013). Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(4), 323-330.

Pestana, A.L., Erdmann, A.L. & Sousa, F.G.M. (2012). Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(4), 734-740.

Pestana, A.L., Santos, J.L.G., Erdmann, R.H., Silva, E.L.S. & Erdmann, A.L. (2013). Pensamento *Lean* e cuidado ao paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 258-264.

Powell, T. (2014). Brain Death: What Health Professionals Should Know. *American Journal of Critical Care*, 23(3), 263-266. doi: 10.4037/ajcc2014721

Quintana, A.M. & Arpini, D.M. (2009). Doação de órgãos: possíveis elementos de resistência e aceitação. *Boletim de Psicologia*, 59(130), 91-102.

Registro Brasileiro de Transplantes. (2015). Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro/junho, 2015. *Revista da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos*, XXI(2), 01-29.

Ríos, A., Ramírez, P., del Mar Rodríguez, M., Martínez-Alarcón, L., Lucas, D., Alcaraz, J., Montoya, M.J. & Parrilla, P. (2007). Benefit of a Hospital Course About Organ Donation and Transplantation: An Evaluation by Spanish Transplant Personnel. *Transplantation Proceedings*, 39, 1310-1313. doi: [10.1016/j.transproceed.2007.02.073](https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2007.02.073)

Ronayne, C. (2009). A phenomenological study to understand the experiences of nurses with regard to brainstem death. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 90-98. doi: [10.1016/j.iccn.2008.06.001](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2008.06.001)

Salladay, S.A. (2002). Ethical problems. *Nursing*, 32(3), 66-67. doi: 10.6325902.nurse

Sadala, M.L.A., Lorençon, M., Cercal, M. & Schelp, A. (2006). Caring for organ donors: The intensive care unit physicians' view. *Heart & Lung*, 35, 190-197. doi: 10.1016/j.hrtlng.2005.12.004

Schein, A.E., Carvalho, P.R.A., Rocha, T.S., Guedes, R.R., Moschetti, L., La Salvia, J.C. & La Salvia, P.C. (2008). Avaliação do conhecimento de intensivistas sobre morte encefálica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(2), 144-148.

Slade, J. & Lovasik, D. (2002). Understanding brain death criteria. *Nursing*, 32(12), 68-69.

Souza, S.S., Borenstein, M.S., Silva, D.M.G.V., Souza, S.S. & Carvalho, J.B. (2013). Situations

of stress experienced by nursing staff in the care of potential organ donor. *Journal of Research Fundamental Care Online*, 5(3), 42-52. doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n3p42

Vijayalakshmi, P., Ramachandra, N. & Math, S.B. (2015). Indian ICU nurses' perceptions of and attitudes towards organ donation. *British Journal of Nursing*, 24(13), 694-697. doi: 10.12968/bjon.2015.24.13.694

White, G. (2003). Intensive care nurses' perceptions of brain death. *Australian Critical Care*, 16(1), 07-14.

Zambudio, A.R., Martínez-Alarcón, L., Parrilla, P. & Ramírez, P. (2009). Attitude of nursing staff toward organ donation in a Spain hospital with a solid-organ transplant program. *Progress in Transplantation*, 19(4), 371-377. doi: 10.7182/prtr.19.4.39g1166076kh5h39

---

1. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília-DF-Brasil. Mestre em Psicologia Clínica e Cultura. Email de contato: [castelli.isabela@gmail.com](mailto:castelli.isabela@gmail.com)

2. Doutor em Psicologia. Professor Associado do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília-DF-Brasil. Email de contato: [aderson@unb.br](mailto:aderson@unb.br)

---

Revista ESPACIOS. ISSN 0798 1015  
Vol. 39 (Nº 07) Año 2018

[Índice]

[No caso de você encontrar quaisquer erros neste site, por favor envie e-mail para [webmaster](mailto:webmaster)]

©2018. revistaESPACIOS.com • Derechos Reservados