



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Simone Cardoso Passos de Carvalho

**MORTE ENCEFÁLICA:
SITUAÇÕES ETICAMENTE CONFLITUOSAS VIVENCIADAS
POR ENFERMEIRAS E FAMILIARES**

SALVADOR
2006

Simone Cardoso Passos de Carvalho

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**MORTE ENCEFÁLICA:
SITUAÇÕES ETICAMENTE CONFLITUOSAS VIVENCIADAS
POR ENFERMEIRAS E FAMILIARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação,
Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
como requisito parcial para obtenção do grau de mestre
em Enfermagem, área de concentração “ O Cuidar em
Enfermagem”

Orientadora : Prof Dr^o Darci de Oliveira Santa Rosa

SALVADOR

2006

Simone Cardoso Passos de Carvalho

**MORTE ENCEFÁLICA:
SITUAÇÕES ETICAMENTE CONFLITUOSAS VIVENCIADAS
POR ENFERMEIRAS E FAMILIARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, área de concentração “O Cuidar em Enfermagem”

Aprovada em 15 de maio de 2006

BANCA EXAMINADORA

Darci de Oliveira Santa Rosa _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Therezinha Teixeira Vieira _____
Doutora e Professora da Universidade Federal da Bahia

Célia Nunes da Silva _____
Doutora em Medicina e Professora do Programa de Pós-Graduação em Medicina

Kleverton Bacelar Santana _____
Doutor em Filosofia e Professor do Programa de Pós-Graduação em Educação

DEDICATÓRIA

A minha mãe Maria Alice por toda dedicação e amor devotados a mim e as minhas irmãs, por seu exemplo de vida e pelo apoio incondicional, sobretudo no cuidado a Luis Guilherme, que em muitos momentos não pode ter minha presença, mas tinha sua zelosa companhia.

Ao meu pai João que sempre esteve ao nosso lado torcendo por nosso crescimento e incentivando nossa trajetória.

Ao meu marido Emerson, cúmplice da minha vida, conhecedor das minhas alegrias e tristezas.

Ao meu amado filho Luis Guilherme que foi gerando juntamente com esta dissertação e trouxe para minha vida sua luz e força.

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos espíritos de luz que nós acompanham incansavelmente, orientando o caminho a seguir. Pois sei que como no poema Pegadas na Areia, nas minhas horas de angústia só existia um par de pegadas na areia e certamente não era meu.

As minhas irmãs Andréia e Luciana que sempre participaram da minha vida e que sempre me apoiaram nas decisões.

A minha querida orientadora Professora Doutora Darci Santa Rosa pela paciência, por saber esperar meu tempo, por seu incentivo, e acima de tudo por seu exemplo. Onde quer que eu vá nunca a esquecerei, e guardarei a doce lembrança da sua alma cheia de luz.

As minhas colegas da turma de mestrado, em especial as grandes amigas Juliana Amaral, Thais, Eliana e Eva. Pessoas muito especiais a quem eu dedico todo o meu afeto e carinho, e com quem criei laços profundos de amizade e respeito.

Ao Hospital São Rafael instituição na qual trabalhei por cinco anos. Nela foi acolhida, estimulada a crescer e onde colhi a semente desta dissertação. Principalmente a pessoa da coordenadora da terapia intensiva Margareth Trabuca a quem tenho muita estima.

As Coordenadoras e aos Professores do Curso de Mestrado que conduziram a busca do conhecimento, ampliando meu saber e meu amor pela enfermagem, proporcionando a oportunidade de atualização e reflexão sobre aspectos da vida, do cuidar e da enfermagem.

A professoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, local onde fiz a graduação, a especialização em terapia intensiva e o mestrado. Carrego os ensinamentos plantados durante estes anos de formação.

As colegas da terapia intensiva do hospital São Rafael que conheci durante a residência como aluna, e de quem me tornei colega. Com elas, muito aprendi sobre conhecimentos técnicos e os da vida. Em especial a Liane Maria, Lúcia, Milena, Aida, Ana Rita, Maristela, Fabiana, Elaine e Arlete.

As amigas Magali Guimarães, Neuranides Santana, Marilaine Ferreira e Sandra Soler pela amizade sincera, pelos conselhos, pela ajuda e acima de tudo pela convivência.

Muito obrigada

Simone Passos de Carvalho

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Trecho da unidade de significado e trecho significativo extraído da unidade de significado..... 58
- Quadro 2** – Trecho da unidade de significado, reprodução da fala da entrevistada. Trechos Transformados na linguagem da pesquisadora 58
- Quadro 3** – Unidade de significado transformada na linguagem da pesquisadora e as constituintes de sentido representando a temática..... 59

Quadro 4 – Reunião das constituintes de sentido para formar as subcategorias.....	59
Quadro 5 – Estrutura Situada do Fenômeno	60

RESUMO

Este estudo emergiu das inquietações oriundas do cuidar das famílias dos pacientes na condição de morte encefálica. Percebia que ao cuidar das famílias surgia uma série de dilemas morais que não entendia como conduzir. Teve como objetivo Conhecer os dilemas morais, das enfermeiras, emergentes no cuidado da família dos pacientes na condição de morte encefálica a partir da perspectiva da bioética de proteção latino-americana. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo. As participantes foram as enfermeiras das unidades de terapia intensiva de um hospital de grande porte da cidade de Salvador, referência para trauma. Para coleta de dados utilizei a técnica de entrevista semi-estruturada segundo roteiro pré-estabelecido. Para compreensão dos dados foram utilizadas as análise ideográfica e nomotética proposta por Martins e Bicudo, de onde emergiram três categorias com suas respectivas sub categorias: Categoria 1 - Dilemas emergentes das enfermeiras na vivência com as famílias dos pacientes na condição de morte encefálica, as sub categorias são; alteridade, responsabilidade, implicações éticas e legais, respeito ao momento de crença, a distância entre a compreensão e o respeito à autonomia e tomada de decisão. Categoria 2 - Cuidando do paciente na condição de morte encefálica, as sub categorias são; o cuidado técnico, consciência da morte, motivação para cuidar e limites profissionais e a Categoria 3 -

Desconfiança sobre: organização do sistema de transplante e no agir da equipe, e as sub categorias são; as enfermeiras revelam desconfiar da organização do sistema de transplante e a família revela desconfiança no agir da equipe. Nas considerações finais conheci os dilemas morais das enfermeiras emergentes na vivência com as famílias dos pacientes na condição de morte encefálica no seu espaço de cuidar como um agir protetor.

Descritores: Dilemas morais, Enfermagem, Família, Morte Encefálica, Transplante de órgãos, Bioética de proteção.

ABSTRACT

This study it emerged of the fidgets deriving of taking care of of the families of the patients in the condition of encefálica death. I perceived that when taking care of of the families a series appeared of moral quandaries that did not understand as to lead. It had as objective To know the moral quandaries of the emergent nurses in the care of the family of the patients in the condition of encefalica death from the perspective of the bioética of Latin American protection. One is about a qualitative, descriptive study. The participants had been the nurses of the units of intensive therapy of a hospital of great transport of the city of Salvador, reference for trauma. For collection of data I used the technique of interview half-structuralized according to daily pay-established script. For understanding of the data the analyses had been used ideografica and nomotética proposal for Martins and Bicudo, of where categories had emerged three categories with its respective sub: Category 1 - Emergent quandaries of the nurses in the experience with the families of the patients in the condition of encefalica death, sub categories are; ethical and legal alteridade, responsibility, implications, respect to the belief moment, distance between the understanding and the respect the autonomy and taking of decision. Category 2 - Taking care of of the patient in the condition of encefalica death, sub categories are; the care technician, conscience of the death, motivation to take care of and professional limits and Category 3 - Diffidence on: organization of the system of transplant and in acting of the team, and sub categories are; the nurses disclose to distrust of the organization of the transplant system and the family discloses diffidence in acting of the team. In the final considerações I knew the moral quandaries of the emergent nurses in the experience with the families of the patients in the condition of encefalica death in its space to take care of as one to act protective.

Describers: Moral quandaries, Nursing, Family, encefalica Death, Transplnte of órgãos, Bioética of protection.

SUMÁRIO

1	MEU DESPERTAR PARA A TEMÁTICA DA FAMÍLIA NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS	15
2.2	A MORTE ENCEFÁLICA	17
2.3	O CUIDADO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA.	23
2.4	VULNERABILIDADE DA FAMÍLIA DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS.	27
3	REFERÊNICAL TEÓRICO-FILOSÓFICO	29
3.1	A BIOÉTICA – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES DE ORDEM GERAL	29
3.2	ENFERMAGEM E BIOÉTICA	34
4	METODOLÓGIA	40
4.1	TIPO DE ESTUDO	40
4.2	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	41

4.3	O LOCAL DO ESTUDO	42
4.4	OS PARTICIPANTES E OS CRITÉRIOS DE ESCOLHA	43
4.5	COLETA DE DADOS	44
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	45
4.7	CRITÉRIOS ÉTICOS	46
5	RESULTADOS	49
5.1	DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE ANÁLISE	49
5.2	CONHECENDO OS DILEMAS DAS ENFERMEIRAS	54
6	REFLETINDO SOBRE OS DILEMAS MORAIS DAS ENFERMEIRAS EMERGENTES NA VIVÊNCIA COM AS FAMÍLIAS DOS PACIENTES NA CONDIÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA	87
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
	REFERÊNCIAS	93
	ANEXO	
	ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.	99
	ANEXO B: ROTEIRO DA ENTREVISTA	101
	ANEXO C: PERFIL ENFERMEIRAS	102
	APÊNDICE	
	APÊNDICE A TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA	
	APÊNDICE B PARECER DO CÔMITE DE ÉTICA	
	APÊNDICE C LIBERAÇÃO DA PESQUISA NO HOSPITAL GERAL DO ESTADO	

Ficha Catalográfica

C331

Carvalho, Simone Cardoso Passos de
Morte encefálica: situações eticamente conflituosas vivências por
enfermeiras e familiares. Salvador: EEUFBA, 2006.
106f. + apêndices + anexos

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) EEUFBA, 2006.

Orientadora: Prof^ª Dra. Darci de Oliveira Santa Rosa

1. Enfermagem 2. Doação de órgãos – famílias. 3 Morte encefálica. I. Título

CDU: 616-083

1 MEU DESPERTAR PARA A TEMÁTICA DA FAMÍLIA NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS.

A partir da década de 80, a enfermagem brasileira passou a adotar de forma mais intensa, a família como objeto de cuidado. Os estudos buscaram entender como as transformações socioculturais, ocorridas nas últimas décadas influenciaram o núcleo familiar¹ e o seu processo de saúde-doença. Dentro desse universo das famílias, me chamam a atenção às famílias dos pacientes na condição de morte encefálica.

O interesse em estudar a família dos pacientes na condição de morte encefálica começou quando fui realizar uma capacitação para cuidar de pacientes transplantados de fígado no pós-operatório. Havia a necessidade de treinamento da equipe de enfermagem para cuidar dos transplantados no pós-operatório na unidade de tratamento intensivo (UTI).

O treinamento foi realizado na unidade de transplante hepático do Hospital de Base na cidade de São José do Rio Preto, São Paulo. As atividades de treinamento começaram com o reconhecimento das unidades.

A primeira unidade a mim apresentada foi o ambulatório, onde tive contato com os pacientes ambulatoriais, sendo que a maior parte deles já estavam na fila de espera pelo transplante há mais de um ano. O tempo médio de espera para um transplante de fígado, na região do interior de São Paulo, na época do treinamento, estava por volta de 2 a 3 anos. Esse ambulatório também era freqüentado por pacientes já transplantados.

Nas consultas, a presença de um familiar era importante. Na maioria das vezes, era sempre o mesmo parente que acompanhava o paciente. Ambos pareciam conhecer bem as possibilidades de sucesso e fracasso a que estavam dispostos a enfrentar.

Posteriormente fui conhecer a unidade de internamento freqüentada por pacientes já transplantados, que precisavam realizar exames de rotina ou submeter-se a algum tratamento, devido à infecção ou rejeição.

¹ Consideramos o termo “familiar” como tudo aquilo que se refere à família, distinguindo do termo “familiar” que é relativo ao que é “muito conhecido”, ao que se está “acostumado”

A possibilidade de rejeição ou infecção está potencialmente presente no cotidiano dos pacientes transplantados, uma vez que, para manter o órgão implantado em bom funcionamento, o paciente necessita consumir, por toda vida, medicações imunossupressoras. Essas medicações auxiliam na redução da atividade imunológica, impedindo que o organismo do paciente interprete o órgão implantado como corpo estranho e assim o rejeite. Os imunossupressores são fundamentais para evitar rejeição, todavia, ao reduzirem a imunidade, torna o organismo susceptível a infecção.

A unidade de internação também recebe os pacientes crônicos que aguardam na fila pelo transplante. A frequência da internação desses pacientes está relacionada ao grau de comprometimento hepático - quanto mais avançada a doença e mais alterações fisiopatológicas existirem, mais possibilidades de complicações. Os sangramentos provocados pelas varizes de esôfago, as infecções causadas pelo estado de desnutrição e pela redução das defesas imunológicas, as peritonites decorrentes do alto volume de ascite são as complicações com maior incidência.

Após conhecer o ambulatório e a unidade de internação chegou a vez da UTI. Conhecê-la era minha maior vontade. Naturalmente, uma vez que, meu foco de atenção inicial era exatamente essa clientela.

Durante o treinamento na UTI vivenciei a realização de cinco transplantes de fígado, sendo um deles de uma criança. Todos os transplantes foram feitos com doação de órgãos de doadores cadáveres, ou seja, pessoas em morte encefálica.

A cada novo transplante, notava as alegrias e angustias de um procedimento tecnicamente complexo e eticosocialmente delicado. Apesar de todo interesse na técnica e no cuidar do paciente pós-transplante, algo me intrigava e surgiram em minha mente algumas interrogações, como: Quem tinha doado aquele órgão?, Do que o doador havia morrido?, Como tinha sido para a família doar aquele órgão?, Como ocorrera o processo de doação?

Com essas inquietações e após vinte e cinco dias de treinamento, retornei às minhas atividades de enfermeira da unidade de tratamento intensivo. Logo percebi que algo havia mudado na minha forma de perceber os pacientes na condição de morte encefálica e suas famílias. A euforia vivida ao cuidar dos pacientes transplantados no treinamento confrontava-se com a dor de cuidar de um paciente na condição de morte encefálica e de conviver com a sua família. Estava, agora, do outro lado, não mais cuidando dos receptores de órgãos e, sim, dos doadores e dos seus familiares.

O sofrimento e a angústia das famílias com parentes em morte encefálica era evidente. Passei a prestar mais atenção e notei que esses familiares estavam em situação especial.

Muitos familiares pareciam não compreender, com clareza, o que estava se passando. Porém, apesar do sofrimento dessas famílias, a equipe de saúde parecia estar muito distante delas. No momento das visitas, quase que não nos aproximávamos do leito, a não ser para desligar alarmes e executar algum procedimento técnico. A minha sensação era de impotência e incomodo por estar percebendo que alguém sofria, mas não sabia como ajudar e me afastava.

Não aceitando mais a posição passiva em que me encontrava, tomei coragem e fui falar com um familiar. Para iniciar o diálogo, me apresentei e disse que era a enfermeira que cuidava do seu pai. Para minha surpresa, a familiar foi receptiva e começou a me fazer uma série de perguntas. As primeiras eram tranqüilas, pois ela questionava sobre o porquê da mão estar inchada, se a pressão estava boa, mas, depois, começaram as perguntas menos técnicas, como: Ele vai acordar? Tantas pessoas saem do coma, ele também pode sair?. Comecei a ficar desconcertada para responder, pois não sabia se respondia tecnicamente e tirava qualquer fio de esperança ou se respondia de forma sutil para não causar espanto. Eu sabia que seu parente estava em morte encefálica, e este estado é irreversível, que em pouco tempo, aquele corpo iria entrar em falência dos outros órgãos, porém não sabia que informações ela possuía e, com receio de um conflito, preferi permanecer distante. O desconforto era grande, por não ter noção de que informações ela tinha sobre seu pai e sobre a situação dele.

O cuidado de enfermagem as famílias dos pacientes na condição de morte encefálica constitui uma prática que exige do profissional preparo técnico-científico, mas que, também, requer capacitação para lidar com situações eticamente conflituosas. Todavia, parecer que, a maior parte, dos serviços de saúde preparam tecnicamente o profissional para cuidar do paciente na condição de morte encefálica, entretanto, poucos, investem em treinamento para habilitar o enfermeiro a lidar com os aspectos emocionais, éticos e legais inerentes a essa condição.

Entendemos que, a maioria dos obstáculos a serem contornados pelas enfermeiras, no cuidado as famílias dos pacientes na condição de morte encefálica, são de ordem ética e moral. Assim, o presente estudo propõe-se a investigar quais são os dilemas morais das enfermeiras emergentes no cuidado das famílias dos pacientes na condição de morte encefálica?

Como **Objeto**: Enfrentar os dilemas morais das enfermeiras emergentes no cuidado das famílias dos pacientes na condição de morte encefálica. Visando atender ao objeto proposto, apresento como **Objetivo Principal** Conhecer os dilemas morais das enfermeiras emergentes no cuidado da família dos pacientes na condição de morte encefálica.

A motivação para esse estudo é contribuir para o processo de cuidar do familiar que vivencia a morte do outro e que precisa tomar uma decisão com repercussões para o núcleo familiar, para sua vida pessoal e de outras pessoas.

Este estudo se justifica pelo impacto que as doações de órgãos promovem na qualidade, no tempo e estilo de vida das pessoas que estão nas filas de espera, na repercussão econômica para os serviços de saúde pública, visto que é mais caro para os cofres públicos subsidiar os tratamentos substitutivos de órgãos falidos que realizar os transplantes e para a vida das famílias que acompanham todo o sofrimento do paciente que aguarda por um órgão na fila e a dor das famílias com parentes na condição de morte encefálica.

O tema a ser estudado está contemplado na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde do Ministério da Saúde, Secretária de Ciência, Tecnologia e insumos estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia, divulgado em Brasília/ Distrito Federal em março/2004, no capítulo 18. Bioética e Ética em Pesquisa, item 18.4.3 – Estudos para identificação dos dilemas morais na assistência à saúde e sub-item 18.4.3.3 – Acesso, operacionalização e resolutividade dos serviços por parte dos profissionais de saúde e grupos populacionais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS.

Apesar das mudanças na lei de transplantes, o número de doações ainda é reduzido e as listas de espera são longas. Observa-se que a negativa das famílias para doação dos órgãos de seus parentes é a maior causa da não doação no Brasil. (ABTO, 2003)

A primeira lei promulgada no Brasil regulamentando o transplante de órgãos foi a Lei nº 5.479/68 para que se pudessem iniciar os transplantes cadavéricos. Essa lei atribuía aos médicos o diagnóstico de morte encefálica, mas não havia, de forma clara, a proibição do comércio de órgãos e a utilização de órgãos de doadores vivos, não parentes (GARCIA, 2000).

Em 1992, a Lei nº 8.489 sobre doação de órgãos estabeleceu novas regras. No modelo proposto, o cidadão que desejasse ser doador de órgão deveria procurar, por livre vontade, os setores competentes e registrar sua vontade, levando consigo uma carteira de doador. Sendo constatada a morte encefálica, a doação poderia ser feita com a garantia da carteira de doador, pois o indivíduo havia se manifestado em vida favorável à doação. Caso o paciente em morte encefálica não tivesse a carteira de doador, a família era consultada. Porém esta estratégia não garantia a participação popular e o número de doações era muito pequeno.

Para tentar mudar a pequena oferta de órgãos, em janeiro de 1997, foi aprovada pelo Congresso Nacional, após longa discussão, a Lei Nº 9434/97, também conhecida como Lei dos Transplantes, que trata das questões da Disposição “Post Mortem” de Tecidos, Órgãos e Partes do Corpo Humano para fins de Transplante; dos Critérios para Transplante com Doador Vivo e das Sanções Penais e Administrativas pelo não cumprimento da mesma (BRASIL, 1997 b). Foi regulamentada pelo Decreto Nº 2268/97, que estabeleceu também o sistema Nacional de Transplantes (SNT), os Órgãos Estaduais e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs). Publicada no Código Civil. (BRASIL, 1997 a)

A lei alterava a forma da doação de órgãos para consentimento presumido, ou seja, estabelecia que todo brasileiro era considerado um potencial doador de órgão, salvo os que em vida tivessem se manifestado contra, em documento de identidade oficial, Carteira de Identidade ou de Habilitação, conforme pode ser visto no Art. 4º, Capítulo II, da Lei Nº 9434/97.

Art.4º Salvo manifestação de vontade em contrário, nos termos desta lei, presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplante ou terapêutica “post mortem”. (Lei Nº 9434/97)

Esperava-se que, com esta legislação, a oferta de órgãos aumentasse e a lista de espera dos pacientes diminuísse, porém houve, por parte da sociedade, um sentimento geral de desconfiança e descredibilidade, fazendo com que a maioria das pessoas procurasse os setores competentes para registrar o desejo de não ser doador. Almeida (2003) afirma que, a incerteza da população quanto ao destino dos órgãos e o conceito de morte encefálica, gerou um clima negativo para a doação, o que explicou o grande número de pessoas que registraram a não doador nos documentos oficiais.

Após muitos protestos da sociedade civil, organizações de saúde e grupos defensores dos direito à vida, o artigo 4º do Capítulo II da Lei nº 9434/97 foi modificado pela Medida Provisória Nº 1718/98, determinando a necessidade de autorização familiar para aprovação doação de órgãos de doadores cadáveres. Hoje, por lei, é o familiar que autoriza a doação de órgãos. Pela lei, há uma ordem hierárquica para autorização: primeiro é o cônjuge ou parente, maior de idade, obedecendo à linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. (BRASIL, 1998).

Através da Lei nº 10.211, os registros em documentos de identificação, como cédula de identidade (RG) e carteira Nacional de Habilitação, relativos à doação de órgãos, deixaram de ter valor como forma de manifestação de vontade dos potenciais doadores (ABTO, 2003), (BRASIL 2005)

De acordo com Garcia (2000), embora a lei nº 10.211, contemplasse um número maior de tópicos, ainda precisa ser melhorada em alguns aspectos legais, principalmente nos que fazem referência ao diagnóstico de morte encefálica, na forma de consentimento nas restrições ao doador vivo não parente e, na adoção de incentivos à família do doador. Esses são alguns pontos que precisam ser analisados para prováveis complementações e ou modificações na forma da lei.

Após inúmeras manifestações sociais e políticas, a doação compulsória foi abolida, sendo definida a família como responsável pela autorização da doação. Contudo agora novas questões surgiram: Será que as famílias se sentem preparadas para tomar a decisão de doar os órgãos de um ente em morte encefálica? Será que as famílias estão esclarecidas do que venha a ser morte encefálica? De que forma essas famílias estão sendo abordadas para solicitar a doação? Que sentimentos estão envolvidos nessa tomada de decisão? Quais as sensações dos familiares ao verem seu ente, deitado em um leito de hospital, percebendo-o como se estivesse sedado ou dormindo, quando, na realidade, está em morte encefálica? Essas e outras questões são pertinentes, relevantes e necessitam serem exploradas, a fim de que se trace a melhor estratégia ética e moral, para nortear os diálogos com os familiares com parentes na condição de morte encefálica.

2.2 A MORTE ENCEFÁLICA

Dúvidas sobre o exato momento da morte existiam desde o século 18, quando relatos de pessoas enterradas vivas assustavam a Europa. Em 1740, o anatomista francês Jacques-Bénigne Winslow publicou um artigo sobre a necessidade de estudos que pudessem constatar efetivamente a morte. Nesse período, foram criados inúmeros métodos para certificar o óbito, como a técnica francesa de Jean Baptiste Vincent Laborde de puxar a língua do morto por três horas. Porém a maior parte dos médicos se mantinha fiel à antiga técnica de verificação da morte através da putrefação do cadáver. Apenas em 1846, o francês Eugene Bouchut ganhou um prêmio da Academia de Ciências de Paris pelo trabalho sobre a descrição dos sinais da morte e as formas de prevenir sepultamentos prematuros. A proposta consistia em observar durante dez minutos três sinais de morte - ausência da respiração, dos batimentos cardíacos e da circulação, ficando essa técnica conhecida como a tríade de Bouchut. A técnica passou a ser adotada pela medicina em geral e o coração, então, ganha o status de órgão principal da vida e sua parada, uma indicação definitiva de morte. (MUTO e NARLOCH, 2005).

A morte encefálica retoma a discussão sobre a necessidade de métodos seguros para constatar o óbito, porém a agora a morte de um sistema orgânico, o encéfalo. Sem o qual a vida não pode ser mantida. Porém o conceito de morte encefálica relatado pela primeira vez há quase 45 anos, ainda hoje, permanece controverso em relação a sua definição, seu diagnóstico e sua certificação. A definição da morte encefálica ou do momento da morte é atualmente debatida por vários autores e é questionada a cada dia pelos novos estudos. (PIANTTTI FLHO, 2001)

A principal divergência é conceitual. Duas correntes divergem, existem defensores do diagnóstico da morte de todo o encéfalo, ou seja, morte de todas as células neurológicas e há os que defendem a morte do encéfalo como um todo, a unidade funcional, ao avaliarem a atividade do tronco cerebral. (ANAMI, 2000).

É um desafio para a ciência, constatar o óbito de uma pessoa, que apresenta movimentos respiratórios e batimentos cardíacos. Em 1968, o Comitê da Escola de Medicina de Harvard, propôs o coma irreversível como critério de morte, a morte encefálica. Esse foi um grande feito, pois possibilitou a identificação de pacientes com destruição total e irreversível do encéfalo, dos quais os órgãos vitais pudessem ser eticamente obtidos para transplante (GHERARDI, 2004).

Também em 1968, em Genebra, o Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas, ligado à Organização Mundial da Saúde (OMS) e a United Nation Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO), estabeleceu critérios para definir a morte encefálica em caso de potencial doador de órgãos e transplante. Os principais critérios eram: a perda de todo sentido ambiente, a debilidade total dos músculos, a paralisia espontânea da respiração e o colapso da pressão sanguínea ao término da manutenção artificial e o traçado absolutamente linear do eletroencefalograma (ANAMI, 2000).

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM), no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045 de 19 de julho de 1958, editou a Resolução nº 1.480/97 sobre os critérios para diagnóstico de morte encefálica (BRASIL, 1997). Essa Resolução define os critérios para estabelecer o diagnóstico da morte encefálica de acordo com as orientações internacionais. As determinações são as seguintes:

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” anexo a Resolução.

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 aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal 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 se optar por eletroencefalograma, serão necessários 2 exames com intervalo de 12 horas entre um e outro.
- c) de 2 meses a 1 ano incompleto – 2 eletroencefalograma com intervalo de 24 horas entre um e o outro.
- d) de 7 dias a 2 meses incompletos – 2 encefalogramas com intervalo de 48 horas entre um e outro.

Art. 8º, O termo de Declaração de Morte encefálica, devidamente, preenchida e assinada, e os exames complementares utilizados para diagnóstico da morte encefálica deverão ser arquivados no próprio prontuário do paciente.

Art. 9º, Constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor-Clínico da instituição hospitalar, ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação, Capacitação e distribuição de Órgãos a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo encontra-se internado. (RESOLUÇÃO. Nº 1.480/97)

Do ponto de vista legal, considera-se como potencial doador o indivíduo em morte encefálica com o diagnóstico registrado no termo de declaração de morte encefálica (modelo anexo), no qual são avaliados elementos do exame neurológico que identificam a ausência dos reflexos do tronco cerebral.

Para que o termo de declaração de morte encefálica possa ser preenchido, deve-se considerar que o potencial doador tenha identidade e um número de registro hospitalar, a causa do coma deve ser conhecida e estabelecida, o potencial doador não deve apresentar hipotermia (temperatura menor que 35°C), não deve estar usando drogas depressoras do sistema nervoso central, não deve estar com pressão arterial média menor que 60 mmHg. As intoxicações, os distúrbios eletrolíticos, as alterações ácido-base e endócrinas devem ser resolvidas antes de se iniciar os exames do termo de declaração da morte encefálica, pois são causas de depressão dos reflexos neurológicos, podendo confundir o diagnóstico da morte encefálica. (ABTO, 2003)

Após essas certificações, o potencial doador deve ser examinado por dois médicos com exames clínicos que avaliem a integridade do tronco cerebral. Durante a avaliação clínica, não deve haver nenhuma resposta motora ao estímulo, incluindo as respostas inapropriadas da decorticação e da descerebração ou tremores. Na avaliação, são testadas as funções do tronco cerebral através de exame neurológico, como o fotomotor, córneo-palpebral, orofaríngeos ou orotraqueais, óculo-cefálico, óculo vestibular. São feitos também os testes de apnéia e algum exame complementar para demonstrar, inequivocamente, a ausência de circulação sanguínea, atividade elétrica ou metabólica cerebral. (ABTO, 2003)

Apesar de realizado em todo o mundo, o teste de apnéia é contestado por algumas vozes. O exame, exigido pelo Conselho Federal de Medicina para comprovação da falência encefálica é apontado por uma corrente de médicos como capaz de causar a morte ao invés de diagnosticá-la. (MUTO e NARLOCH, 2005). Todavia, no Brasil, por exigência do Conselho Federal de Medicina, esse critério, permanece como o critério de constatação da morte encefálica.

O segundo exame neurológico deve ser realizado após intervalo de tempo pré-definido e variável para cada idade, conforme a Resolução do CFM nº 1480/98. Após esse segundo

exame, deve-se fazer um exame complementar que mostre a ausência de perfusão sanguínea cerebral, ausência de atividade elétrica cerebral ou ausência de atividade metabólica cerebral.

Os exames complementares utilizados na rotina são o eletroencefalograma (EEG), o ultra-som com Doppler transcraniano ou a angiografia cerebral. Este último é um exame que mostra a perfusão sanguínea cerebral, sendo os quatro vasos estudados (as duas carótidas e as duas artérias vertebrais). As principais causas de morte encefálica são: traumatismo crânio encefálico, acidente vascular encefálico, encefalopatias, tumor cerebral primário, doenças cerebrovasculares, anóxia pós-parada cardíaca, overdose de drogas, anacefalia e abscesso cerebral (GARCIA, 2000).

Após o diagnóstico de morte encefálica, deve-se notificar às Centrais de Notificação, Captação e distribuição de Órgãos (CNCDOs) e à família. A avaliação do potencial doador deve considerar a inexistência de contra indicações clínicas e laboratoriais à doação. De forma geral, não são considerados doadores os pacientes portadores de insuficiência orgânica que comprometa o funcionamento dos órgãos e tecidos que possam ser doados, como insuficiência renal, cardíaca, pulmonar, pancreática e medular. Os portadores de enfermidades infecto-contagiosas transmissíveis por meio do transplante, como: soropositivo para HIV, doença de chagas, hepatite B e C e todas as demais contra indicações utilizadas para doação de sangue e hemoderivados. Pacientes com infecção generalizada, doenças degenerativas, com caráter transmissível e portadores de neoplasias malignas. O atestado de óbito deve ser emitido no momento do diagnóstico de morte encefálica e a hora que deve constar da Declaração de Óbito é a da morte encefálica. (ABTO, 2003)

Após a constatação da morte encefálica, o paciente é mantido na unidade de terapia intensiva, recebendo cuidados básicos para manutenção dos órgãos. Não existem cuidados especiais. A atenção e conduta são as mesmas destinadas à manutenção das condições hemodinâmicas e ventilatórias padronizadas em terapia intensiva, a fim de manter os órgãos viáveis para um possível transplante. (GARCIA, 2000)

Nesse momento, as famílias são consultadas e orientadas sobre o processo de doação de órgãos. A tendência é que as famílias já venham acompanhando o processo desde a suspeita até a comprovação da morte encefálica e, após a constatação, elas sejam abordadas sobre a doação. Essa abordagem é feita por membros da equipe da central de captação e notificação de órgãos ou por algum membro da equipe intra-hospitalar de transplante, não podendo ser feita por enfermeiras que atuam diretamente com o transplante, como as que trabalham na UTI.

O processo de diagnóstico da morte encefálica é fundamental, pois, para haver doação cadavérica, é preciso haver morte encefálica constatada. A comprovação é um dos primeiros passos para se caracterizar um potencial doador de órgãos. Por isso, todos os esforços têm sido feitos para tornar esse processo mais claro e rápido possível. Começando pela identificação precoce dos potenciais doadores nas UTIs até a sinalização a CNCDO. Posteriormente, é necessária a comprovação da morte encefálica através de avaliações clínicas e laboratoriais. Durante o período de diagnóstico, é necessário vigilância e cuidado com o potencial doador para a manutenção dos órgãos viáveis. Após a confirmação, a família é consultada sobre a doação, se houver anuência o paciente na condição de morte encefálica é, então, encaminhado ao centro cirúrgico para a retirada dos órgãos a serem transplantados. Não havendo concordância o médico deve desligar os aparelhos que mantêm o paciente na condição de morte encefálica. (BRASIL, 1997)

Todavia, a mudança de concepções e critérios tradicionais de morte para novos e revolucionários critérios constitui um importante obstáculo para doação. Conforme Ciccione (1999), estar de frente para um cadáver, com o coração batendo e com o corpo quente, não é fácil para constar o óbito e tão pouco para doá-los.

No critério cardio-respiratório, a morte clínica ocorre quando há cessação dos batimentos cardíacos e da respiração, queda da pressão sanguínea, midríase bilateral e queda da pressão corpórea. A morte encefálica, por sua vez, é considerada quando ocorre ausência de atividade elétrica do cérebro e conseqüente interrupção das funções encefálicas. (VELAME, 2004).

Na morte com critérios neurológicos ou encefálicos, a função respiratória pode ser suprida por meios artificiais, bem como o coração pode ser mantido por drogas que permitam a permanência dos batimentos por algum tempo. (OLIVEIRA, 2005).

Dois aspectos importantes da influência cultural marcam a morte clínica. O primeiro vem da filosofia grega, que estabelece o coração como a fonte da vida e a segunda, da cultura judaico-cristã que estabelece a respiração com o um processo vital, uma vez que, na Bíblia, está descrito que o sopro da vida foi introjetado pelas narinas do homem que Deus acabará de criar do barro. (ANAMI, 2000).

Possivelmente, a ausência dos sinais clínicos da morte, na morte encefálica, contribua para a negativa das famílias em doar os órgãos sendo essa a primeira causa para não doação dos órgãos no Brasil e, principalmente, no Nordeste. (ABTO, 2003)

Apesar dos trabalhos constantes para esclarecimento da população, a prática da doação de órgãos não constitui consenso social. Segundo Oliveira (2005), isto acontece em razão do

sentimento que algumas famílias têm em relação ao ato de doar. Para algumas famílias, doar significa um consolo por saber que o seu ente querido irá beneficiar outras pessoas; para outras, esse momento é de sofrimento e se torna mais difícil decidir. Muitos autores acreditam que o apego ao corpo do morto também reduz o número de doações.

No Brasil, há uma cultura de apego ao corpo do morto. Costuma-se vestir a pessoa morta com sua melhor roupa, cercá-la com belas coroas e ramalhetes de flores, escolher devidamente o caixão para prestar a última homenagem. Esses rituais contrastam com a idéia de que a pessoa querida possa se transformar em pedaços, tirando-lhe coração, fígado, rins, córneas e isto a favor de outros, estranhos e desconhecidos, o que suscita em muitos uma reação de recusa instintiva, sendo intolerável a idéia de dar o próprio consentimento. (CICCONE, 1999). A não aceitação do diagnóstico de morte encefálica, a incapacidade de tomar decisão e o receio do comércio de órgãos são outras causas que aumentam as negativas para doação. (OLIVEIRA, 2005)

Sadala (2004) afirma que os familiares aguardam a morte do parente após a doação, por não acreditarem que a morte encefálica seja a morte final. Ao falar sobre como os familiares percebem o corpo do seu parente em morte encefálica, Sadala (2001 *apud* PEARSON 1995) afirma que a família percebe o doador ainda como vivo, embora, racionalmente, já o defina como morto. Nesse sentido, a condição do corpo quente e com o coração batendo, mantido funcionando artificialmente na UTI, contrasta-se com a idéia do que seja um cadáver.

A restrição de informações importantes sobre o processo de doação aos profissionais de saúde, principalmente àqueles que trabalham direta ou indiretamente com o transplante, constitui-se como outro empecilho para a doação. A sociedade, em geral, desconhece o processo. As notícias que chegam à comunidade são transmitidas pelos meios de comunicação, que divulgam o sucesso de um transplante específico ou a ocorrência de eventos isolados de venda de órgãos ou ainda suspeita de beneficiar particularmente alguém. O medo das pessoas em ter sua morte antecipada para que haja transplante é motivo para impedir que eles ocorram.

A pouca idade e a situação inesperada da patologia que leva à morte encefálica também dificultam a doação. Para a família, há o sentimento de dor. Diante desse sentimento, muitas vezes, a família não se sente capaz de doar o que para ela está indo embora e ela quer manter ao seu lado. Tenho observado, em minha atuação como enfermeira intensivista, que todas essas sensações parecem estar associadas à falta de diálogo prévio sobre morte e

doação. Isso me leva ao questionamento: como a família pode entender a morte encefálica e autorizar a doação, considerando a mudança brusca na condição do seu familiar?

A família emerge como elemento central nesse processo, ela é percebida como o principal entrave à efetivação dos transplantes, mas também como vítima em todo o processo, pela dor da perda brusca e traumática e pelo estresse que representa a decisão de doar. (SADALA, 2004)

Essas famílias precisam ser respeitadas e cuidadas, não para que ela diga sim, mas para que a decisão seja tomada conforme suas convicções e valores, sendo que esta decisão deve ser aceita e respeitada pelos profissionais de saúde que atuam junto a essas pessoas.

2.3 O CUIDADO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA.

No Brasil os estudos de enfermagem sobre família, intensificaram-se a partir da década de 80. Um dos pioneiros foi o Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na área da Saúde da Família (GAPEFAM), coordenado pela enfermeira Dr^a Ingrid Elsen. (ELSEN, 1992)

Trazemos o conceito de família que norteará esse trabalho. Nós parece que esse conceito é um dos mais abrangentes e de maior compatibilidade com a realidade contemporânea.

Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de adoção, interesse e ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível socioeconômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e familiares em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros.

(ELSEN et al, 1992, p.6)

O conceito de família pensado hoje difere dos conceitos de tempos passados. Nas civilizações antigas, como a romana, a grega e a egípcia o conceito de família era de uma entidade ampla e hierarquizada. De acordo com as descrições feitas por Engels (1997) em seu livro sobre a origem da família, da propriedade privada e do estado, o grupo familiar não se balizava em relações individuais. As relações sexuais ocorriam entre todos os membros da tribo, a mãe era sempre conhecida, fortalecendo a condição matriarcal, pois era a mãe quem alimentava e educava. Esta característica não era homogênea em todas as tribos e, com as guerras, a carência de mulheres e uma possível inclinação natural, o homem passou a buscar mulheres em outras tribos valorizando a prática monogâmica.

Venosa (2003) destaca que a monogamia desempenhou um papel propulsor em benefício da prole, valorizando o poder paterno. A família era monogâmica e esta condição significava importante fator econômico, uma vez que as atividades laborais estavam restritas aos interiores dos lares, onde existiam verdadeiras oficinas.

A Revolução Industrial fez surgir um novo modelo de família. A unidade de produção se desfaz, o trabalho passa a ser feito fora do lar. Agora, a união das famílias se dava pelo acolhimento espiritual, pelos valores morais, afetivos e de assistência recíproca, não mas pelas atividades laborais.

Venosa (2003) comenta com destaque a figura do *pater* na sociedade romana. Nessa sociedade, o *pater* exercia poder quase absoluto sobre a mulher, os filhos e os escravos. O afeto natural, embora pudesse existir, não era o elo das famílias. A família fundava-se no poder paterno e marital, uma vez que os membros da família eram unidos por laços mais fortes que o do nascimento, o do culto religioso doméstico aos antepassados. Por serem politeístas, os romanos, adoravam os deuses vinculados à origem de cada família e esse culto era coordenado pelo *pater*.

A mulher, ao se casar, deixava de adorar os deuses de seu pai, para cultuar os da casa do seu marido. “Por esse largo período da Antigüidade, família era um grupo de pessoas sob o mesmo lar, que invocavam os mesmos antepassados” (VENOSA, 2003, p.18).

A tradição familiar de culto aos antepassados era garantida pela figura do filho homem, gerado no casamento oficial, e primogênito, a quem incumbia manter unido o patrimônio em prol da unidade religiosa da família. O celibato e as filhas não eram bem aceitas, por colocarem em risco a continuidade da tradição.

O cristianismo vem trazer o culto religioso único, instituindo o casamento como sacramento, ressaltando o compromisso espiritual entre os noivos, cercado de solenidade e

diante de um representante religioso. A união livre era condenável “A família era considerada como a célula básica da igreja” . (TEIXEIRA, 1993, p.16).

A unidade familiar formada por pais e filhos não se modificou com a sociedade contemporânea. A família atual difere, contudo, nas finalidades, composições entre papéis de pais e filhos.

Conforme Venosa (2003), a transformação da economia agrária para economia industrial atingiu irremediavelmente a família. A industrialização transformou a constituição familiar, restringindo o número de nascimentos nos países desenvolvidos. A família deixa de ser uma unidade de produção patriarcal. O homem deixa sua oficina doméstica, segue para as fabricas e a mulher busca o mercado de trabalho. O papel da mulher modifica-se com repercussões na família. Os direitos da mulher igualam-se aos dos homens mediante a legislação, modificando a convivência entre pais e filhos. Estes passam mais tempo na escola e em atividades fora do lar. O convívio entre varias gerações é garantido pelo aumento da expectativa de vida.

Os conflitos sociais gerados pela nova posição social dos cônjuges, pressões econômicas, desatenção e desgaste das religiões tradicionais fazem aumentar o número de divórcios. As uniões estáveis passam a serem reconhecidas e aceitas pela legislação. A unidade familiar não tem mais como pilar exclusivo o casamento. As famílias se estruturam independente de núpcias. Na década de 70, em toda civilização ocidental, grande parte das famílias passa a ser conduzida por um dos membros, o pai ou a mãe.

As famílias contemporâneas são plurais em estrutura e configurações. Stamm (2003) ressalta que o casamento deixou de ser eixo fundamental da família. Novos arranjos, como famílias com base em uniões livres, mães adolescentes solteiras que assumem seus filhos, mulheres que optam por ter filhos sem envolvimento com o pai da criança e famílias formadas por homossexuais colocam em xeque a hegemonia da família nuclear, mas, nem por isso, devem ser vistos como ameaça à sociedade mas sim, encarados como outras formas de constituir família.

“As famílias de hoje se mostram como um caleidoscópio no qual observa-se inúmera cor, formas, desenhos, tipos, cultura e nuanças” (RIBEIRO, ERDTMANN, NITSCHILE, 2003, p 20)

Perrot (1993) afirma que vem surgindo uma nova família no cenário do terceiro milênio, onde impera o individualismo, o desejo de ser, de escolher, de viver a própria vida sem seguir regras sociais.

A família contemporânea desafia os profissionais de enfermagem voltados a trabalhar com elas, a ter um outro olhar. Um olhar desprovido de preconceitos, pressupostos e valores, sendo a pluralidade, a compreensão e o respeito pelo outro os grandes desafios colocados para nós, profissionais. É necessário que, ao trabalharmos com o cuidado à família, despojemo-nos de conceitos, valores e experiências pessoais, a fim de não conceituarmos as famílias a partir da nossa própria concepção.

Neste contexto, Santos (1998) afirma que uma nova percepção surge, redirecionando a ação da enfermagem ao grupo familiar, na medida em que se aceita a família como cliente em potencial, permitindo-lhe avançar além da participação indireta no processo de cuidar e contemplando-a com um atendimento que vise às suas necessidades, principalmente às psíquicas que, com a evolução da tecnologia, quase ficaram esquecidas.

O cuidado de enfermagem à família deve ser desprovido de pressupostos. Durante a hospitalização, as famílias reorganizam seus papéis. As famílias com parentes na condição de morte encefálica vivem uma situação específica. A morte encefálica é irreversível, dentro dos limites terapêuticos vigentes, porém, de forma antagônica, da morte pode surgir à vida, pois o paciente na condição de morte encefálica é um potencial doador de órgãos.

Será que neste momento de dor a autonomia desta família impera ou ela está vulnerável as influências externas, aos estímulos de solidariedade e amor ao próximo? Acredito que a doação de órgãos é uma atitude de solidariedade e amor ao próximo, porém é necessário que essa decisão parta da vontade dos familiares, com base na compreensão que possuem sobre estes valores.

A vulnerabilidade dos familiares nesse momento, tanto pode estar para dizer sim, se pensarmos que são colocadas situações de comoção que influenciem positivamente a doação, como para dizer não, visto que o sentimento de dor é tão grande que ela não se sente capaz de doar.

Entendemos que o cuidado prestado pela enfermeira à família deve ser genuíno, pautado na compreensão, no respeito ao outro, respeitando às suas opiniões e decisões, procurando entender cada um na sua singularidade. Dessa forma, a enfermeira pode auxiliar a família do potencial doador de órgãos a tomar decisões pautadas nas suas crenças e valores.

2.4 VULNERABILIDADE DA FAMÍLIA DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS.

Os transplantes têm colocado a prova não só os conhecimentos científicos sobre a morte, mas também o mais complexo mundo de significados, de simbolismo, de sentimentos, comportamentos, preconceitos conscientes e inconscientes, individuais e coletivos, em relação à própria morte e à dos outros. (CICCONE, 1999).

A morte é uma realidade irrefutável para todos os seres que têm vida. A vida e a morte fazem parte de uma mesma existência. Schramm (2002) afirma que é relativamente fácil ter uma experiência indireta da morte pela morte dos outros, enquanto é quase impossível pensar na própria morte, sem pensar também, na própria vida e/ou em alguma vida após a morte. Quando, por ocasião de força maior, a morte se impõe à consciência e à elaboração, isso só se dá com muito sofrimento, em situações de vulnerabilidade e através de experiências de desamparo. O familiar do paciente na condição de morte encefálica reflete sobre sua própria morte através da morte do seu parente, o que ressalta, muitas vezes, a condição de finitude e vulnerabilidade dessas pessoas.

Penttengil (2003) conceitua vulnerabilidade da família como um sentimento de ameaça à autonomia. Para a autora, os elementos desencadeadores da vulnerabilidade são: experiências vividas anteriormente; o acúmulo de demandas que comprometem a capacidade da família para lidar com a situação; o despreparo para agir; a incerteza; impotência; as ameaças reais ou imaginárias; o temor do resultado; submissão ao desconhecido e conflitos com a equipe. Para a autora, a hospitalização expõe a família a algo que ela não pode controlar, tornando-a extremamente fragilizada, fazendo-a sentir-se ameaçada em sua autonomia e vulnerável.

Já para Guimarães Novaes (1998) a redução da autonomia e a vulnerabilidade são fenômenos que podem estar, ou não, associados. A autonomia é um conceito ético e individual, enquanto que a vulnerabilidade pressupõe o estabelecimento de relações desiguais entre os indivíduos ou entre estes e um grupo. As divergências são oriundas de diferentes contextos sociais, culturais, políticas, educacionais, econômicas, de saúde ou étnicos.

Para Goldim (2001), a vulnerabilidade pode ser entendida como exclusão protetora, como redução da voluntariedade, restrição à espontaneidade, restrição à liberdade, redução da autonomia, da capacidade e da autodeterminação, suscetibilidade, fragilidade e desigualdade.

A maior parte dos autores concorda que a vulnerabilidade nas de uma relação de desiguais, em que de um lado, a pessoa está sujeita a ameaça, influência ou interferência do outro. O ser vulnerável é alguém que está numa relação desigual e não importa a causa, uma das partes sempre vai estar no lado do comando, seja através da dominação intelectual, física, econômica, cultural ou social.

Nas famílias com parentes na condição de morte encefálica o sentimento de vulnerabilidade pode estar presente de forma intensa. Na vivência com esses familiares, percebemos que a condição de vulnerabilidade pode ser exacerbada pela presença de alguns fatores como: a incerteza da situação de morte, os estímulos, externos e internos, às atitudes de solidariedade e amor ao próximo, a dor, o sofrimento da perda repentina e a descrença no sistema de transplante de órgãos. Acreditamos que essas situações tendem a interferir na tomada de decisão frente ao processo de doação de órgãos, pois as famílias estão sujeitas a circunstâncias que as limitam na capacidade de decidir e de assumir as conseqüências da tomada de decisão.

Ao ter conhecimento das situações que desencadeiam a vulnerabilidade da família, a enfermeira precisa manter uma abordagem baseada em aspectos éticos, de modo que garanta uma relação de sujeitos, em que a autonomia, a beneficência, o respeito, a responsabilidade, a moral e justiça sejam valorizados.

Quando a interação da equipe de saúde com os familiares é desigual, com a primeira no papel de detentora do poder, determinando as decisões e as informações e o segundo, em posição secundária, em uma relação de sujeito (equipe) – objeto (família), os critérios éticos não são respeitados e a vulnerabilidade se manifesta. (PENTTENGIL, 2003).

A enfermagem, ao acolher essa família é também questionada sobre a veracidade dos fatos, sobre a irreversibilidade do ocorrido. Nesse momento, é muito doloroso estar como as famílias, porém a alteridade ajuda a entender um pouco aquela dor e nos torna mais sensíveis e acolhedores com aqueles familiares.

3 REFERÊNCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

3.1 A BIOÉTICA – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES DE ORDEM GERAL

A bioética pode ser considerada a ética aplicada às ações humanas referentes a fenômenos e processos vitais, como o conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e legitimam eticamente os atos humanos, cujos efeitos afetam profunda e irreversivelmente, de maneira real ou potencial, os sistemas vitais (Kottow, 1995).

O termo bioética foi utilizado, pela primeira vez, pelo médico oncologista americano Van Renselaer Potter, em 1971, na obra *Bioethics – Bridge to the Future*. Essa obra propõe uma ponte ligando o trabalho dos cientistas e dos humanistas. Potter acreditava que a ciência e a tecnologia estavam sendo desenvolvidas de uma forma que poderiam destruir as condições de existência da vida, principalmente a do meio ambiente, e que, por conseguinte era necessária uma nova forma de abordagem ética para os problemas relacionados à vida. (GUILHEM e DINIZ, 2002)

O ponto nevrálgico seria a separação entre a ciência e a ética. Essa separação conduzia a condutas que levavam à ameaça da vida no planeta, inclusive a vida ecológica. Diante desse dilema, Potter propõe uma “ética para a sobrevivência”, na qual houvesse uma re-união entre a ética (valores) e a ciência (fatos). A bioética nasceu como uma tentativa de pensar a vida como um todo, sem separá-la da ciência e da tecnologia. (DALL’AGNOL, 2005).

Alguns autores creditam a intuição pioneira também ao pesquisador *André Hellegers*, do Instituto Kennedy de Bioética em Washington (DC), que, no mesmo ano, utilizou o neologismo bioética em suas publicações. (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2005).

Kottow (2005) afirma que o discurso bioético emergiu em 1971, criado ao mesmo tempo por Potter, com a proposta de uma bioética global, e por André Hellegers, focado na bioética clínica, foco que por várias décadas deteve a hegemonia no desenvolvimento da disciplina.

Inicialmente a bioética, é marcada profundamente pelo *ethos* norte-americano, como resposta aos avanços das ciências da vida e da perspectiva de armas nucleares capazes de destruir a humanidade. Assim, a Bioética surge com a preocupação de impor limites à ciência e à tecnologia. (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2005).

Outro fato marcante para reflexão da ética vigente ocorreu ainda na década de 70, quando houve grande quantidade de denúncias relatavam histórias de atrocidades cometidas por pesquisadores. Três casos serviram de marco. Em um deles a pesquisa foi realizada em 1963, nela os pesquisadores injetaram células tumorais vivas em pacientes anciãos, sem o consentimento dos mesmos. Entre 1965 e 1971, no *Willowbrook State Hospital* de Nova Iorque, foi realizada uma série de pesquisas sobre hepatite viral por meio da inoculação do vírus em algumas crianças deficientes internadas. E o famoso caso *Tuskegee*, onde negros eram tratados com placebos, ao invés da medicação indicada para a cura da sífilis, a fim de se observar a evolução natural da doença neste grupo de pessoas. (SGRECCIA, 2002).

Para Mori (1994), filósofo e bioeticista italiano, a bioética nasce primeiro com os movimentos socioculturais. Nos anos 70 estavam acontecendo transformações no contexto

social e político. Foi à era da conquista dos direitos civis, surgiam os movimentos sociais organizados, como o feminismo, o movimento hippie e o movimento negro, dentre movimentos que defendiam grupos de minorias sociais, o que revigorou os debates acerca da ética normativa e aplicada. Esses diferentes movimentos sociais adotaram como bandeira e trouxeram à tona questões relacionadas à diversidade de opiniões, o respeito pela diferença e o pluralismo moral. (GUILHEM, 2002).

Entre 1985 e 2000, a bioética foi adquirindo um caráter multidisciplinar, envolvendo ciências sociais, direito, antropologia e psicologia, além da teologia. Nas ciências da saúde, surge a preocupação com as condutas médicas, que culminou, em 1962, no que se chamou de *Comitê de Deus*, ou seja, a escolha de pacientes que seriam submetidos a determinados tratamentos em detrimento de outros (PESSINE & BARCHIFONTAINE, 1994).

A abordagem predominante da bioética é conhecida como princípalismo, termo genérico pelo qual ficou conhecida a teoria dos quatro princípios éticos elaborados a partir da publicação “*Princípios da Ética Biomédica*” escrita pelos etcistas norte-americanos, Tom Beauchamp e James Childress. A obra de Tom Beauchamp e James Childress inspirou-se no Relatório Belmont, divulgado em 1978, documento que propunha um método complementar para orientar as pesquisas com seres humanos, baseados em três princípios éticos fundamentais: respeito pelas pessoas, beneficência e justiça.

A proposta teórica de Beauchamp e Childress transformou-se na principal fundamentação teórica do novo campo da ética biomédica, recomendando a aplicação dos princípios morais, sugeridos pelo Relatório Belmont, à prática da biomedicina. Foi a primeira tentativa bem-sucedida de instrumentalizar o dilema relacionado às opções morais das pessoas no campo da saúde e da doença. Oferecia para os estudiosos da ética um fio condutor para aplicar a ética normativa à prática. Com o princípalismo, os clínicos adquiriram um vocabulário específico para falar de temas éticos, categorias lógicas para percepção dos conflitos e possibilidade de expressar sentimentos morais não verbalizados, os quais não podiam ser respondidos com o suporte da ética médica tradicional. (PESSINI E BARCHIFONTAINE, 2005)

A obra de Beauchamp e Childress sugeriu mudanças ao Relatório Belmont, uma delas foi a proposta de um quatro princípio, que se originou da distinção entre beneficência e não-maleficência. E a segunda mudança referiu-se a substituição do princípio de respeito às pessoas pelo princípio da autonomia. (GOLDIM, 2004).

O princípio da beneficência defende um agir em benefício dos outros. É considerada, tradicionalmente, como uma das regras básicas da ética. A partir do princípio da beneficência,

uma série de regras foi instituída para nortear as relações profissionais, como: proteger e defender os direitos dos outros; prevenir danos; remover as condições que irão causar dano aos outros; ajudar pessoas deficientes e resgatar pessoas em perigo. (DALL'AGNOL, 2005)

Já a não-maleficência possui uma longa tradição na ética médica, podendo ser encontrado no juramento hipocrático, associado à máxima, *primum com nocere*, “acima de tudo, não cause danos”. Pode-se dizer que, causar dano significa produzir algum mal a si ou ao outro, seja física, psíquica ou moralmente. É considerado um princípio negativo em relação à beneficência, e sua prática, na área biomédica, vem sendo questionada. Para Guilhem (2002) os limites maldefinidos entre os dois princípios, beneficência e não-maleficência suscita dúvidas e debates. A dúvida moral é originada da indefinição dos valores em que estariam embasados os princípios, a indefinição do que viria a ser o mal ou ser o bem para cada indivíduo. A fragilidade dos princípios é decorrente da impossibilidade de encontrar saídas boas ou más, universalmente válidas.

Segundo Pessini e Barchifontaine (2005), o princípio da justiça obriga a garantir as distribuições justas, equitativas e universais dos serviços de saúde. Este princípio aponta com maior ênfase para o papel das sociedades e dos movimentos sociais organizados na bioética. A justiça distributiva traz à tona o problema da resolução de conflitos existentes entre interesses particulares e sociais. A maior dificuldade para o desenvolvimento de políticas públicas baseia-se no princípio da justiça que não define ações que garantam o cumprimento dos interesses da sociedade e, ao mesmo tempo, do indivíduo.

O [Relatório Belmont](#) (1978) colocou sob uma mesma referência dois princípios independentes: o princípio do respeito à autonomia e o princípio de proteção e segurança às pessoas incompetentes. O princípio do respeito às pessoas contempla duas vertentes éticas, a de que os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos, e a segunda, que as pessoas com autonomia diminuída devem ser protegidas. Há exigência do reconhecimento da autonomia e da proteção àqueles com autonomia reduzida. Em nome disso e no intuito de demarcar a fronteira entre os dois preceitos éticos, o princípio de respeito às pessoas transformou-se, especificamente em respeito à autonomia na publicação “*Princípios da Ética Biomédica*” (GOLDIM, 2004)

Beauchamp & Childress (1979) consideram que o princípio da autonomia baseia-se nos pressupostos de que a sociedade democrática e a igualdade de condições entre os indivíduos são os pré-requisitos para que as diferenças morais possam coexistir. Nessa perspectiva, os autores questionam qual seria um comportamento intolerável em uma sociedade e, até que ponto, o indivíduo pode exercer sua autonomia. Os mesmos respondem

afirmando que a existência da noção moral de respeito à autonomia significa que a autonomia só pode ser considerada desde que não ocasione danos ou sofrimentos a outras pessoas

O programa de transplante também se estrutura nos pilares do princípalismo. A política nacional de transplantes de órgãos e tecidos está fundamentada na Lei nº 9.434/97 e Lei nº 10.211/01, tendo como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos.(BRASIL, 2006)

Apesar das muitas críticas ao princípalismo, esse modelo ainda, é uma das principais fontes de discussão e resolução de temas que dizem respeito aos fundamentos da bioética. No Brasil, a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, de outubro de 1996, adotou o princípalismo como base ética para as pesquisas, envolvendo seres humanos. No seu preâmbulo, lê-se: “Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, dentre outros, ...”. Também a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança, na sua Instrução Normativa 9, de 10/10/97, adota o princípalismo como base ética para regulamentar algumas questões de biossegurança. (DALL’AGNOL, 2005)

Outros princípios foram sendo propostos, na medida em que os estudiosos da bioética sentiam que os princípios anteriores não contemplavam todos os aspectos éticos. Correia (1993) propõe na sua tese, o princípio da alteridade, como fundamental e englobante, considerando que a beneficência, a autonomia e a justiça não são suficientes para responder aos prementes e contínuos problemas que a própria evolução da Bioética têm provocado.

Ao afirmarmos que a alteridade é o critério fundamental da bioética, queremos dizer que a pessoa é fundamento de toda reflexão e do toda a bioética. Não a pessoa fechada simplesmente em si mesma, mas a pessoa enquanto abertura, relação, face-a-face com a outra e com os outros. (CORREIA, 1993, p. 83-84)

Na perspectiva da alteridade, a pessoa é o fundamento de toda reflexão no âmbito de suas relações com os outros. O outro é o ponto de partida, eixo de convergência da bioética, marco referencial para discernimento do agir do bem e o do mal. (CORREIA, 1993)

Apesar do sucesso do princípalismo, uma série de problemas levou muitos bioeticistas a procurarem enfoques éticos diferentes. Para Kootow (2005), a abordagem princípalista é anglo-saxônica e obedece a tradições filosóficas e sociais diferentes, difíceis de se amoldarem a outras realidades socioculturais. A ênfase na autonomia individual não podia ser

incorporada a realidades nas quais predominam a marginalização pela pobreza, o desamparo social, os problemas crônicos de escassez de recursos e as distorções sanitárias.

É um grande desafio desenvolver uma bioética latino-americana que corrija os exageros das outras perspectivas e resgate e valorize a cultura latina no que lhe é único e singular. Na América Latina, a bioética deve ter uma conotação que procure atender as demandas da pobreza e exclusão social. Elaborar uma bioética voltada somente para os aspectos deontológicos, para a prática clínica, sem levar em conta essa realidade, não responderia aos anseios por uma vida digna. (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 2005)

Os países do Hemisfério Sul do mundo, principalmente na América Latina, devem buscar suas próprias respostas bioéticas para a resolução dos seus problemas. Não deve importar acriticamente teorias éticas externas. Nesse sentido, a bioética brasileira deve pesquisar o próprio cotidiano cultural em busca de valores genuínos da sua realidade. Especificamente para os latinos, o campo das “virtudes” precisa ser mais explorado, possibilitando uma melhor compreensão de termos como solidariedade, responsabilidade, tolerância e os quatro “pés” da Bioética do século 21, que são: prudência, prevenção, proteção e precaução. (GARRAFA, 2005)

Na perspectiva da América Latina a bioética da proteção traz como diretrizes a beneficência; a eficiência; a não-discriminação de riscos; a restrição à autonomia individual em detrimento dos interesses públicos e a obrigatoriedade de programas sanitários. (KOTTOW, 2005)

Os programas de saúde pública, relacionados à prevenção, higiene e à educação são reconhecidamente de responsabilidade estatal. Esses programas devem ser aplicados indiscriminada em toda a população. A atividade de transplantes de órgãos, no Brasil, é regulamentada pelo Sistema Nacional de Transplantes - SNT é um programa de saúde pública vinculado ao Ministério da Saúde. O SNT, desde sua criação em 1997, tem como prioridade evidenciar, com transparência, todas as suas ações no campo da política de doação-transplante, visando primordialmente a confiabilidade do Sistema e a assistência de qualidade ao cidadão brasileiro.

O Brasil possui hoje um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. O Sistema Nacional de Transplantes tem vinculação com 555 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizados pelo SNT a realizar transplante, através das Centrais Estaduais de Transplantes, em 23 estados da federação. (BRASIL, 2006)

A biotecnociência, conjunto interdisciplinar e integrado de saberes teóricos e habilidades tecnocientíficas referentes aos sistemas e aos processos vivos, deve ser objeto de uma bioética de proteção, visto que pretende dar conta do impacto, positivo ou negativo dessa nova tecnociência sobre a qualidade de vida dos humanos, dos animais e do meio ambiente. (SCHRAMM, 2005)

A bioética é multidisciplinar, ou seja, além das ciências médicas e biológicas, incluem também a filosofia, direito, teologia, economia, antropologia, política e sociologia e se apresenta de maneira aberta e articulada com os diferentes temas. Porém, há certas áreas especificamente iluminadas pela reflexão bioética, áreas nas quais, sem ela, ficaria o vazio, pois ali outras disciplinas não conseguem chegar. (SANCHES, 2004)

4.2 ENFERMAGEM E BIOÉTICA

O critério da autonomia tem estimulado mudanças na forma com que os profissionais de saúde se relacionam com os pacientes e suas famílias. Há uma tendência em estabelecer relações de torça mútua, de respeito e cidadania, procurando atender as necessidades e desejos dos pacientes por entender que eles são participantes do processo de cuidar. (BOEMER, 1997)

As pessoas tradicionalmente consideradas dependentes e, muitas vezes, vulneráveis, como crianças, deficientes mentais, idosos e mesmo os pacientes dentro de uma hierarquia rígida e de estrutura fechada de serviços de saúde, devem ter sua integridade e desejos protegidos, muito embora não sejam capazes de exercer plenamente sua autonomia. (GUILHEM, 2002)

No contexto da Bioética Contemporânea, exige-se o respeito à autonomia dos pacientes ou dos seus familiares, ou seja, o imperialismo da decisão clínica tende a reduzir-se e dar espaço a reflexões e ponderações técnicas, mas também as características individuais de cada paciente. (AZEVEDO, 2002)

As enfermeiras ao cuidarem das famílias dos pacientes devem procurar utilizar o princípio da alteridade, já que esse permite o fortalecimento da responsabilidade do profissional pelas atitudes tomadas. Para Trevizan (1995), os enfermeiros podem assumir responsabilidades pela promoção e proteção dos valores durante a sua condução do trabalho e

no processo de tomada de decisão, para promover uma estrutura que sirva de suporte à autonomia dos pacientes e das suas famílias.

A morte encefálica requer dois processos de tomada de decisão, um por parte da família sobre a doação de órgãos e outro por parte dos profissionais que cuidam dos familiares com parentes em morte encefálica e vivenciam dilemas morais que emergem desse cuidar.

Durante o processo de tomada de decisão o enfermeiro deve respeitar não só a autonomia do indivíduo, mas também refletir sobre o problema ao invés de partir para a ação, reunindo todos os elementos que considere relevantes e fazendo um levantamento dos pontos positivos e negativos da decisão a ser tomada. (PASSOS, 2004)

Tomar uma decisão exige observação, reflexão, julgamento e juízos de valor, como também entender que o problema faz parte de uma realidade maior e mais complexa que precisa ser analisada de forma articulada e não isolada. O entrave, muitas vezes, acontece porque cada pessoa tem um conjunto de valores, cultura e crenças diferentes. Nesse instante a bioética pode auxiliar o profissional, na medida em que orienta a busca de um consenso para uma tomada de decisão que possa se ajustar às partes interessadas. (FREITAS, 2003)

A compreensão do processo de tomada de decisão é um elemento fundamental na Bioética. Existem inúmeros modelos para compreender o processo de tomada de decisão. Optamos pelo modelo sugerido por Fry (2004), que está baseado na diversidade ética e cultural da prática de enfermagem, marco que, para nós, pareceu o mais indicado, visto que, seguimos a vertente da bioética latino-americana.

A teoria proposta por Fry (2004) utiliza quatro norteadores para ajudar a enfermeira a entender qual o melhor caminho a seguir. São eles: 1) compreender o contexto dentro do qual emerge o problema ético, 2) explorar o significado dos valores fundamentais no processo, 3) examinar o significado do problema ético para todas as partes interessadas, 4) determinar o que vai fazer.

Descreveremos cada um dos quatro norteadores propostos por Fry para tomada de decisão. O primeiro caminho norteador busca compreender o contexto dentro do qual ocorreu o problema ético. Assim é necessário que a enfermeira procure a origem do conflito. Ao fazer essa reflexão, ela começa a definir o problema, definir por que considera a situação como um problema ético e qual o conflito de valores entre as partes envolvidas. A história deve ser relatada por todos os envolvidos, o paciente, os membros da família e os profissionais de saúde. Ao conhecer, de forma mais ampla, a origem do problema, ela achará o contexto dentro do qual ele emergiu, assim como suas diversas interpretações e os valores das partes interessadas, tornando o conflito claro.

O segundo caminho norteador é saber qual o significado dos valores em questão. Explorar os significados dos valores das pessoas envolvidas na situação é de extrema importância. Quando a enfermeira apreende os significados que os valores possuem para os envolvidos, é possível, para ela, penetrar na natureza moral e não moral, assim como nas origens religiosas, culturais, profissionais e até políticas do dilema. É possível para a enfermeira elaborar, nessa fase, algumas perguntas, tais como: qual o significado de cuidar do paciente e quais são as responsabilidades das enfermeiras de assistência? Como mantenho minha integridade ética nessa situação? Os problemas morais e éticos não podem ser acertadamente resolvidos, a menos que se conheça, respeite e considere as dimensões dos valores no processo decisório. As partes do conflito têm que decidir quais são os valores que são mais importantes proteger e preservar e quais podem ser de menor importância.

O terceiro caminho norteador refere-se ao significado do conflito para as partes envolvidas, pois os valores não são estáticos. Eles são dinâmicos, uma vez que mudam com o tempo, os acontecimentos, com relações humanas e com as situações. Na existência de conflitos, as enfermeiras também podem entender que eles não surgem no vazio e, assim, elas devem buscar a existência de uma história, antecedentes sociais, econômicos, políticos que tornem os conflitos significativos para as partes em questão. Assim, a enfermeira, ao analisar o conflito de valores, deve ter a atenção para a possibilidade de evitar que a decisão possa afetar a qualidade de vida de uma pessoa, sua longevidade, sentimento de culpa, comportamento, estresse emocional e psicológico.

O último caminho norteador é o de procurar abordar o que fazer. Raramente, existe uma solução correta, única para uma situação. O discernimento que a enfermeira busca está entre as diversas maneiras possíveis de resolver o conflito, na oferta às partes de algumas opções que possam ser exploradas. Essas opções devem ser analisadas pela enfermeira à luz dos valores das partes, dos possíveis resultados buscando a melhor conduta moral das diversas opções. A enfermeira tem que compreender que a decisão é uma conduta individual, porém responde a uma demanda moral, posto que surgiu de uma cuidadosa consideração do contexto do conflito, dos valores das partes, da pertinência ética e do significado ético da situação para os indivíduos em questão. Também é uma decisão racional baseada em um cuidadoso processo de reflexão ética fundamentada em princípios éticos.

Podemos, então, perceber que o processo de tomada de decisão tem como base o conjunto de crenças e valores que cada indivíduo possui, valores que foram adquiridos no seu caminhar, na convivência com sua família e grupo social, igreja, escola, amigos e no contato com a cultura e hábitos da comunidade. Através desse contato o indivíduo forma sua própria

rede de valores e crenças que, diante de uma situação de escolha, irá guiá-lo no momento de decidir que conduta tomar. Todavia é importante perceber que o processo de respeito à autonomia do indivíduo é fundamental, pois, após haver a tomada de decisão interna, o indivíduo tem de expor sua opinião. (VASQUEZ, 2004)

Há uma tendência da maioria dos autores a acreditar que a hipervalorização da tecnociência tende a estimular os sentimentos de individualismo e auto-suficiência das pessoas, sentimentos esses que, associados à redução de referências, como família, igreja e amigos, levam a uma inversão de valores que priorizam os ideais políticos e econômicos. (FIEDLER-FEMANA, 1998)

A sociedade tem, cada vez mais, vivenciado situações de conflito de poder, nas quais uma parcela significativa das pessoas acredita que pode agir conforme seus desejos e anseios, pois estão acima do bem e do mal. Todavia, há uma busca pelo fortalecimento das estruturas de controle e valorização dos princípios éticos e morais. (CORREIA, 1993)

Os profissionais não estão isentos dos processos vividos pela comunidade. A prática profissional é influenciada por fatores econômicos, políticos, religiosos e, na maior parte das vezes, pela moral oficial, em que a inclusão dos valores gerais ocorre de forma natural na ética profissional. Os códigos de ética profissionais, muitas vezes, parecem ter maior tendência a estabelecer regras a serem seguidas, do que auxiliar na construção de um profissional crítico e reflexivo. (PASSOS, 2004)

O ensino da ética na enfermagem, durante muitas décadas, foi pautado em um modelo predominantemente conservador, centrado em uma concepção normativa, com supervalorização de normas e códigos, ao invés de um ensino reflexivo-crítico. (BELLATO, 2003)

A Bioética surgiu como uma nova perspectiva de abordagem dos dilemas da prática dos profissionais de saúde. Várias perspectivas passaram a ser apresentadas, em substituição ao modelo deontológico clássico. Na medida em que as alternativas de ação não conseguiam de ser examinadas apenas à luz das normas estabelecidas nos códigos de ética profissionais, tornou-se necessário uma nova abordagem. (AZEVEDO, 2002)

Os dilemas morais vão surgindo no dia-a-dia, exigindo do profissional atualização constante, não só técnica, mas também nas discussões éticas, uma vez que os valores são mutáveis na busca de atender o contexto sócio – político - econômico e cultural. FREITAS (2003)

Os campos de prática se mostram ricos em situações concretas, tanto no que se refere a situações cotidianas como frente a situações limite, que possibilitam a análise crítica dos

direitos e responsabilidades profissionais frente ao Código de Ética, à Ética da Vida e aos direitos dos usuários de serviços de saúde, tendo por base as políticas públicas de saúde e a organização do trabalho em saúde e em enfermagem. (BELLATO, 2003)

Para Thompson, Melia, Boyd (1983), o dilema moral é uma situação na qual a enfermeira é obrigada a fazer uma difícil e freqüentemente dolorosa escolha entre os conflitos das obrigações morais, sabendo que nenhuma delas é realmente a escolha vantajosa ou satisfatoriamente ideal.

Todos esses conflitos são inerentes a bioética e são, muitas vezes, considerados não somente como causas de seu surgimento, mas também como particularidades que lhe conferem superioridades em relação à ética tradicional. (AZEVEDO, 2002)

Os dilemas morais ocorrem sob duas formas gerais. Num primeiro tipo, há um dilema quando há evidências que indicam que certo ato é correto, porém, há também igualmente evidências concorrentes de que ele é moralmente errado. Tais evidências concorrentes não permitiram decidir qual dos dois é a alternativa a ser seguida. Não se trata de um conflito entre normas, mas acerca dos fatos. Num segundo tipo de dilema, o agente acha-se obrigado a agir de certo modo segundo um certo grupo de normas, porém, segundo outro grupo de normas, ele se acha obrigado a agir de modo contrário. Os fatos são conhecidos, o que dá ao dilema a característica de ser essencialmente um dilema normativo. Nesse caso, normas, concorrentes passam a implicar condutas concorrentes, e não há parâmetros que permitam decidir quais normas devem ser seguidas. (LEMMON, 1962),

Os dilemas do primeiro tipo podem parecer impossíveis de decisão na medida em que não se disponha de evidências empíricas suficientes para corroborar para uma ou alternativa. O dilema é, todavia, impossível de decisão apenas circunstancialmente e não em essência. Não poder decidir com segurança é, sem dúvida, um problema moral; porém, os filósofos geralmente acreditam que tais situações poderiam, em tese, ser decidida. Logo, dilemas morais genuínos seriam apenas os dilemas do segundo tipo. Se as ações humanas são consideradas moralmente em função de sua correção ou não tendo em vista normas ou princípios, então dilemas morais genuínos só podem ser dilemas normativos.

O conceito profissional é a evidência, perante terceiros, das capacidades e virtudes de um ser no exercício de um trabalho habitual de qualidade. E este conceito está diretamente relacionado à conduta profissional, quanto mais qualificada, mais pleno será o conceito. O aperfeiçoamento da conduta técnica específica da profissão e a conduta ética são as formas mais eficientes de estabelecer uma imagem de qualidade integral. Quando a competência

técnica e científica é priorizada em relação à ética, a tendência é de que o conceito profissional possa ser abalado, sobretudo em profissões com cunho ético elevado (SÁ, 2001).

Considerando que os profissionais têm um conjunto de valores, cultura e crenças diferentes, torna-se imprescindível que estes utilizem a reflexão bioética para orientar com segurança as decisões escolhidas no momento de cuidar das famílias.

Há um clamor mais intenso por parte da sociedade em prol da respeitabilidade, seriedade, justiça social e por valores morais. A cultura do poder tudo e da impunidade têm favorecido a banalização de respeito ao outro e às suas diferenças. Essa situação se estende aos indivíduos enquanto membros de categorias profissionais, uma vez que fazem parte da mesma cultura. As relações profissionais são afetadas pela crise de valores da sociedade, dificultando a convivência e comprometendo a qualidade do serviço prestado. (PASSOS, 2000).

Bellato (2003) infere que, no imaginário dos profissionais de saúde, esta, a Saúde, é o bem maior a ser conquistado e os profissionais são os responsáveis por essa conquista, fortalecendo uma realidade de pacientes fragilizados pela doença, sofridos e com medo, que delegam a retomada do estado saudável ao profissional que, por sua vez, o expropria de qualquer poder e domínio sobre se mesmo e sobre seu prognóstico, transformando-o em objeto passivo, sendo-lhe negado ser sujeito da sua própria vida.

É inevitável que haja conflitos e resolvê-los é o problema colocado para a sociedade atual. O conflito é conjuntural e constitutivo da vida em comum, faz parte da pluralidade moral, cultural, econômica. O conflito que a desigualdade coloca vai além do discurso. É necessário agir a partir do “nós” em direção aos “outros”, porque não se trata apenas de modos diferentes de ver a vida. Trata-se de modos diferentes de viver a vida. (BRAZ, 2005)

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Com o intuito de conhecer os dilemas morais das enfermeiras emergentes no cuidado da família dos pacientes em morte encefálica, buscamos o caminho da pesquisa qualitativa de caráter descritivo. Consideramos que a natureza qualitativa é a que melhor se adequa a esta pesquisa que tem como objeto os dilemas morais que envolvem a subjetividade dos sujeitos.

A pesquisa qualitativa procura compreender de forma única, o que estuda, ou seja, o objetivo do pesquisador está voltado propositadamente para o fenômeno a ser estudado, com o intuito de conhecer e não explicar ou generalizar. (POLIT e HUNGLER, 1995)

O foco qualitativo procura um rigor, que não o da pesquisa numérica, para os fenômenos que estuda. Fenômenos como angústia, ansiedade, medo, alegria, cólera, amor, tristeza, solidão dentre outros. Os estudos que utilizam abordagem qualitativa tendem a apresentar significados mais relevantes, tanto para os participantes como para o campo de pesquisa ao qual o estudo pertence. (MARTINS e BICUDO, 1994).

As pesquisas qualitativas são, na sua totalidade, descritivas, não podendo este estudo seguir outra diretriz. Polit e Hungler (1995) afirma que o estudo descritivo tem o propósito de refletir e descrever os aspectos do fenômeno e como ele se apresenta.

O fenômeno representa o elemento fundamental da pesquisa qualitativa, assumindo a característica de se mostrar em um local situado, isto é, o fenômeno só se mostra a partir de um sujeito que lhe concede significado através dos sentidos e da consciência. (VELAME, 2004). Nesta pesquisa conhecer os dilemas morais das enfermeiras que emergem ao cuidar das famílias dos pacientes na condição de morte encefálica é nosso elemento fundamental.

O cuidado é um fenômeno universal e essencial para a sobrevivência da raça humana. Para que haja cuidado, é preciso haver entrega de quem cuida e de quem é cuidado. Assim se estabelece uma relação de confiança e respeito, um vínculo, uma troca entre sujeitos, de forma que quem cuida e quem é cuidado interagem e se modificam. (COLLIÈRE, 1999)

Para Waldow (2004), o cuidar, na sua essência é ético, baseado na revisão de valores e princípios, que incluem solidariedade, amor, compaixão, honestidade, preocupação e desvelo. Todavia, quando o cuidado não está fundamentado em valores, e sim constituído por atitudes de excesso de poder e saber, torna-se um cuidado não ético.

Para Freitas e Ognisso (2003), o paciente dos dias de hoje, por ter consciência de seus direitos de consumidor e por deixar a posição passiva, requer mais atenção, respeito e habilidade do enfermeiro. A Política Nacional de Saúde tem se modificado por conta da exaltação dos direitos do cidadão e à mudança de postura dos usuários dos serviços que procuram discutir sobre seu tratamento. Isso vem provocando mudanças na postura dos profissionais de saúde. (BOEMER E SAMPAIO, 1997)

4.2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A problemática deste estudo foi discutida à luz da Bioética, porque esta disciplina, segundo Braz (2005), valoriza o contexto e o avalia através dos grupos sociais distintos que vivem, o conflito. Essa é a marca da diferença entre a ética tradicional que institui um conjunto de regras universais, abstratas e descontextualizadas para resolver todos os problemas, e a bioética, que considera a diversidade nas discussões éticas, por entender que sociedades e culturas distintas se encontram diferentemente diante de uma mesma situação. A bioética, ao analisar, refletir e prescrever determinada conduta moral parte sempre de um diálogo pluralista.

A Bioética aborda, de maneira diferente, os novos problemas. Conforme Goldim (2004), a simples repetição das respostas tradicionais pode ser inadequada para resolver problemas; ao invés disso, a Bioética estimula novos patamares de discussão e de reflexão, que podem vir a possibilitar soluções adequadas através de uma abordagem sistemática, não limitada a solucionar problemas isolados.

Para Pessine e Barchifontaine (2005), a Bioética atua em uma área comum a diversas disciplinas, tratando de problemas que são únicos, englobando questões que se referem a contracepção, esterilização, aborto, concepção assistida, doação de sêmen ou de óvulo, morte e o morrer, paciente terminal, eutanásia, suicídio e transplante.

Utilizaremos, na nossa pesquisa, a corrente latino-americana, na perspectiva da bioética da proteção. A bioética latino-americana procura um discurso próprio, que reflita e forneça orientação para as práticas biomédicas, sobretudo as da saúde pública. Mas também é preciso acompanhar outras tendências, por pena de ficar desconectado das principais discussões. KOTTOW (2005)

Esta temática assume um caráter de maior pertinência, quando os valores e expectativas do enfermeiro chocam-se com o agir na prestação de cuidados. Para Garrafa (2005), os dilemas éticos na área da saúde não se limitam ao campo da pesquisa em seres humanos, mas ocorrem mais intensamente no dia-a-dia dos hospitais e postos de saúde.

Os conflitos e dilemas morais advindos da aplicação de biotecnociência e biopolítica são objetos legítimos das ferramentas da bioética da proteção. A morte encefálica, e conseqüentemente da doação de órgãos, só é possível, pelo desenvolvimento da biotecnologia, que proporcionou o desenvolvimento de aparelhos para manter o corpo vivo e os órgãos viáveis para doação, quando o encéfalo já está morto. (SCHRAMM, 2005)

O objetivo de solucionar problemas morais, segundo Morrin (1986), não é identificar um ideal moral, mas buscar achar a melhor solução disponível nas circunstâncias reais. As

informações relacionadas à morte encefálica estão diretamente relacionadas a problemas morais, uma vez que temos uma situação que requer uma tomada de decisão. Considerando a família como vulnerável e responsável pela decisão sobre a doação de órgãos, acreditamos que devemos analisar os dilemas morais que surgem da relação dos enfermeiros com as famílias, a fim de conhecer os conflitos vivenciados e proteger esse grupo.

Os temas referentes ao fim da vida têm possibilitado discussões polêmicas, pois envolvem tabus como a morte. Em especial, a situação da morte encefálica, considerando que o critério para constatar a morte não é o da parada cardiorrespiratória e, sim, a constatação da morte total e irreversível do encéfalo. As discussões sobre o conteúdo da morte encefálica e as circunstâncias nas quais ela ocorre requerem avaliação Bioética, uma vez que, a tomada de decisão poderá possibilitar o surgimento de situações de dilema. (BOEMER E SAMPAIO, 1997)

A Bioética da proteção vem contribuir com a criação de um espaço para diálogo interdisciplinar e pretende ser algo mais do que uma ferramenta descritivo-normativa para as práticas humanas, procura antecipar e incentivar os efeitos positivos e prevenir eventuais efeitos daninhos para indivíduos e populações. (SCHARMM, 2002)

4.3 O LOCAL DO ESTUDO

Para aproximação com o local do estudo, foi necessário o encaminhamento de ofício ao Diretor da Instituição, enviando em conjunto o Projeto de Dissertação para que fosse emitido o parecer.

Após autorização (apêndice C), para ter acesso ao campo de pesquisa, procurei a chefia de enfermagem, a fim de conhecer o serviço e apresentar o projeto para as enfermeiras das unidades de terapia intensiva.

Realizei a aproximação com as coordenações das UTIs através da chefia de enfermagem. O contato com as coordenadoras facilitou o acesso às unidades de terapia intensiva, por se tratar de um setor restrito à visita e à circulação de pessoas. Também facilitou o contato com as enfermeiras

As unidades de terapia intensiva, locais da pesquisa, pertencem a um hospital que tem por finalidade prestar assistência integrada de saúde, servindo de referência aos distritos sanitários e em nível secundário, às demais unidades de saúde integrantes do Sistema Unificado de Saúde do Estado da Bahia. Com a nova Lei de nº 7435 de dezembro de 1998,

que define as políticas e as diretrizes para a saúde da Bahia, esta Instituição passou a ser considerada Tipo I, de alta complexidade, sendo referência em urgência e emergência em trauma, para toda a região metropolitana e do Estado da Bahia. (Brasil, 1998)

A referida instituição tem um total de 218 (duzentos e dezoito) leitos, estando distribuídos da seguinte maneira: 71 leitos de emergência, 30 leitos de terapia intensiva, 08 salas de cirúrgica, 06 salas de recuperação pós-anestésico, 22 leitos de pediatria, 30 leitos de ortopedia, 60 leitos de clínica cirúrgica, 26 leitos de trauma raqui-medular, 30 leitos de clínica médica, 46 para queimados e 04 leitos de alta complexidade.

Nessa Instituição existem três UTIs, denominadas UTI I, UTI II e UTI III. A UTI I tem 15 leitos, a UTI II tem 07 leitos e a UTI III tem 08 leitos, totalizando 30 leitos com um quadro de 22 enfermeiras fixas no turno diurno, sendo estas as que mantêm contato com as famílias dos pacientes. À noite, atuam 10 enfermeiras e estas não fizeram parte do grupo de sujeitos por não entrarem em contato com as visitas, uma vez que, o horário de visita ocorre nos períodos matutino e vespertino.

4.4 OS PARTICIPANTES E OS CRITÉRIOS DE ESCOLHA

Os participantes deveriam ter contato com os familiares dos pacientes na condição de morte encefálica. Esse critério foi escolhido para que pudessemos alcançar o objetivo investigado. Ou seja, era preciso que o participante vivenciasse o fenômeno que queríamos analisar, uma vez que os dilemas emergem dessas vivências.

A opção por enfermeiras ou invés da equipe de enfermagem justificou-se por deterem os atributos que me propus a conhecer através deste estudo e porque, segundo a regulamentação da Lei nº 7.498/86 no seu Art. 8º - Ao enfermeiro incumbe privativamente:

- g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida.
- h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas. Características predominantes dos pacientes que se encontram internados nas unidades de terapia intensiva e conseqüentemente o local onde ocorre o contato das famílias dos pacientes com a equipe. (COFEN, 1986)

Os participantes deste estudo foram enfermeiras que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, trabalhavam em unidade de terapia intensiva no mínimo há 2 (dois) anos, prestavam cuidados a pacientes em morte encefálica e tinham contato com as famílias dos pacientes em morte encefálica.

Contatamos com as 22 enfermeiras da UTI, sendo que apenas 11 responderam às entrevistas. Das 11 enfermeiras que não realizaram a entrevista, 03 delas recusaram a participação, 06 não atendiam ao critério pré-estabelecido de tempo de trabalho na terapia intensiva e 02 não foram entrevistadas por critério de exclusão da pesquisadora ao ter conhecimento que estas eram enfermeiras de assistência e faziam parte da comissão intra-hospitalar de transplante. A exclusão se deu por conta da possibilidade do surgimento de um viés na pesquisa.

4.5 COLETA DE DADOS

A técnica escolhida para coleta de dados foi à entrevista semi-estruturada, guiada por um roteiro. Polit e Hungler (1995) consideram que a entrevista semi-estruturada oferece certa flexibilidade na coleta de informações, tendendo a ser como uma conversa. Essa técnica oportuniza vantagens distintas ao pesquisador, como: permitir explorar os problemas ou questões básicas, verificar quão sensível ou controverso é o tópico, conhecer o modo como as pessoas conceituam os problemas ou falam sobre eles e perceber a gama de opiniões ou comportamentos existentes e relevantes.

Antes da confecção final do roteiro para entrevista, foi realizado um teste piloto, para identificarmos a pertinência e a adequação do instrumento para coleta de dados. O roteiro final da entrevista contempla dois momentos distintos. No primeiro, buscamos coletar dados para traçar o perfil do grupo pesquisado e, no segundo, iniciamos com questões de aproximação que buscavam as experiências mais significativas em relação ao cuidado, para chegarmos à questão norteadora, sobre os possíveis conflitos morais que emergem da vivência com os familiares.

Antes da entrevista, conversei com as enfermeiras para verificar a disponibilidade para participação na pesquisa. Após esse contato inicial, agendei, as entrevistas, no dia e horário da preferência das entrevistadas.

No dia marcado, realizamos a coleta de dados em sala separada com o intuito de que a participante pudesse sentir-se segura para falar sobre seus anseios e para que aflorassem os dilemas.

Antes da entrevista solicitei autorização para gravação em fita de áudio, a qual teve uma média de 10 horas de gravação no total. As entrevistas e a transcrição (Anexo D) foram realizadas pela própria autora da pesquisa tendo como guia o roteiro pré-estabelecido (Anexo C).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Com o objetivo de conhecer os dilemas morais das enfermeiras emergentes no processo de cuidar das famílias dos pacientes na condição de morte encefálica, desenvolvi um caminho na busca de desvelar o fenômeno para responder aos meus questionamentos.

Para isso, inicialmente, foi necessário situar o fenômeno, considerando que há sempre um sujeito em uma situação diferente, vivenciando o fenômeno.

A análise de dados desta pesquisa foi feita através do método de Análise Qualitativa do Fenômeno Situado proposta por Martins e Bicudo (1994) que foi adequado à especificidade do estudo. Esse método de análise contém quatro momentos que se expressam da seguinte forma.

Primeiro foi feita com a leitura da entrevista ou relato, do principio ao fim, para buscar, interpretação do que estava exposto, sem qualquer tentativa de identificar algum atributo ou elemento ali contido. Procurarmos somente compreender a linguagem do sujeito. Essa leitura tinha como objetivo obter uma visão geral das afirmações.

Posteriormente o texto foi relido com o objetivo de discriminar “unidades de significado”. As unidades de significado são discriminações dos sujeitos quando o pesquisador tem certeza de que o texto é um exemplo do fenômeno pesquisado.

Na terceira fase transformamos as expressões cotidianas do sujeito em linguagem própria do pesquisador. As transformações que ocorreram, se deram por reflexão e variação imaginativa. O propósito era chegar às categorias, passando por expressões concretas e não por abstrações ou formalizações. Essas transformações foram necessárias, pois as descrições ingênuas dos sujeitos expressavam de maneira oculta, realidades múltiplas, através das quais pretendiam abstrair os aspectos éticos e morais.

A última fase foi à síntese, feita com a finalidade de integrar os insights contidos nas unidades de significado e formar a estrutura situada do fenômeno.

4.7 CRITÉRIOS ÉTICOS

Considerando a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), busquei atender as Diretrizes de Pesquisa envolvendo seres humanos, explicando às participantes o objetivo e a finalidade da pesquisa, destacando o anonimato, o respeito à privacidade, a participação voluntária, a liberdade para não responder a qualquer das perguntas ou para se retirar do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo.

[...] procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro (Resolução 196/96)

Apresentei o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A) antes da entrevista, solicitando que a enfermeira fizesse leitura cuidadosa e, caso concordasse, assinasse o termo. A confecção do termo seguiu os seguintes parâmetros.

IV - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

IV.1 - Exige-se que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível e que inclua necessariamente os seguintes aspectos:

- a) a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa;
- b) os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;
- c) os métodos alternativos existentes;
- d) a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis;
- e) a garantia de esclarecimento, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo;
- f) a liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;
- g) a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;
- h) as formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa;
- e
- i) as formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

IV.2 - O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

- a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;
- b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;
- c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e
- d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

IV.3 - Nos casos em que haja qualquer restrição à liberdade ou ao esclarecimento necessários para o adequado consentimento, deve-se ainda observar:

- a) em pesquisas envolvendo [crianças e adolescentes](#), portadores de perturbação ou doença mental e sujeitos em situação de substancial diminuição em suas capacidades de consentimento, deverá haver justificação clara da escolha dos sujeitos da pesquisa, especificada no protocolo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e cumprir as exigências do consentimento livre e esclarecido, através dos representantes legais dos referidos sujeitos, sem suspensão do direito de informação do indivíduo, no limite de sua capacidade;
- b) a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles sujeitos que, embora adultos e capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos ou à influência de autoridade, especialmente estudantes, militares, empregados, presidiários, internos em centros de readaptação, casas-abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias;
- c) nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado com explicação das causas da impossibilidade e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa;
- d) as pesquisas em pessoas com o [diagnóstico de morte encefálica](#) só podem ser realizadas desde que estejam preenchidas as seguintes condições:
 - documento comprobatório da morte encefálica (atestado de óbito);
 - consentimento explícito dos familiares e/ou do responsável legal, ou manifestação prévia da vontade da pessoa;
 - respeito total à dignidade do ser humano sem mutilação ou violação do corpo;
 - sem ônus econômico financeiro adicional à família;
 - sem prejuízo para outros pacientes aguardando internação ou tratamento;
 - possibilidade de obter conhecimento científico relevante, novo e que não possa ser obtido de outra maneira;
- e) em comunidades culturalmente diferenciadas, inclusive [indígenas](#), deve-se contar com a anuência antecipada da comunidade através dos seus próprios líderes, não se dispensando, porém, esforços no sentido de obtenção do consentimento individual;
- f) quando o mérito da pesquisa depender de alguma restrição de informações aos sujeitos, tal fato deve ser devidamente explicitado e justificado pelo pesquisador e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados obtidos a partir dos sujeitos da pesquisa não poderão ser usados para outros fins que os não previstos no protocolo e/ou no consentimento.

5 RESULTADOS

5.1 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE ANÁLISE

O objeto deste trabalho foi conhecer, a partir dos depoimentos dos participantes, quais os dilemas morais que emergem de suas vivências enquanto enfermeiras da UTI ao cuidar dos familiares dos pacientes na condição de morte encefálica, fundamentando as interpretações nos princípios bioéticos. Contudo, é importante esclarecer que a análise foi feita levando em consideração o modo como as enfermeiras vivenciavam os conflitos e não o conflito por si só.

Como se trata de uma pesquisa qualitativa, o foco da atenção foi centrado no desenvolvimento do fenômeno cuja estrutura é buscada seguindo-se os passos propostos por Martins e Bicudo (1994) descritos na metodologia.

Para realizar a análise, foi necessário um primeiro momento quando obtivemos os discursos dos sujeitos. Nesta pesquisa, estes foram obtidos através de entrevista individual com as enfermeiras da UTI. O segundo momento foi da transcrição das entrevistas. Após a transcrição, as entrevistas foram novamente ouvidas para adequar a entonação e a pontuação da linguagem falada para a linguagem escrita. Posteriormente, os textos resultantes foram lidos para fazer a limpeza dos vícios de linguagem, neologismos e verbetes coloquiais.

Passamos, então, para a análise ideográfica que consiste em identificar, em cada depoimento, as unidades de significado, os trechos do discurso que respondessem à questão da pesquisa, ao nosso olhar de pesquisadora. Nessa fase, efetuamos leituras atentas da descrição, procurando colocar-nos no lugar do sujeito e chegar aos significados atribuídos às vivências.

Durante as leituras, marcamos as falas com negrito como forma de colocar em evidência os significados da descrição que respondiam as perguntas anteriormente elaboradas. A resposta as pergunta são chamadas de unidade de significado.

Quadro 1 – Trecho da unidade de significado e trecho significativo extraído da unidade de significado.

Unidades de significado	Trechos Significativos
<p><i>Percebo que os profissionais de saúde não são formados para isso, acham que têm que lidar com a vida. Acreditam que o paciente já está morto, não é, e a questão dos respiradores, de desligar ou não desligar.(E.1.)</i></p>	<p><i>[...] os profissionais de saúde não são formados para isso, acham que tem que lidar só com a vida [...]</i></p>

Após a seleção das unidades de significado, procuramos transformá-las, transpondo-as para a nossa linguagem, atentando para manter rigorosamente o sentido original. Na primeira coluna da tabela, eram colocados os trechos relevantes da entrevista na íntegra, conforme foram coletados e, na segunda coluna, nós transcrevemos o texto com nossas palavras, mantendo o rigor no sentido.

Quadro 2 – Trecho da unidade de significado, reprodução da fala da entrevistada. Trechos transformados na linguagem da pesquisadora.

Unidades de significado	Unidades de significado transformados na linguagem da pesquisadora
<p><i>Percebo que os profissionais de saúde não são formados para isso, acham que têm que lidar com a vida. Acreditam que o paciente já está morto, não é, e a questão dos respiradores, de desligar ou não desligar.(E.1)</i></p>	<p>Em sua percepção sobre o processo de formação dos profissionais de saúde, revela a falta de preparo dos mesmos para lidar com a morte.</p>

Fizemos releituras para identificar a temática das falas. A temática recebeu o nome de constituinte de sentido por ter a intensão de concentrar o sentido da fala em uma palavra.

Quadro 3 – Unidade de significado transformada na linguagem da pesquisadora e as constituintes de sentido representando a temática.

Unidades de significado transformados na linguagem da pesquisadora	Constituinte de Sentido
Em sua percepção sobre o processo de formação dos profissionais de saúde, revela a falta de preparo dos mesmos para lidar com a morte.	Formação

Em seguida, agrupamos as constituintes de sentido semelhantes, que abordavam a mesma temática para formar as subcategorias. Buscamos as convergências entre constituintes de sentido dentro de uma mesma entrevista e entre os depoimentos chegando às subcategorias que possibilitaram a fase da análise chamada nomotética. Nessa fase, buscamos a confluência das visões dos sujeitos da pesquisa e realizamos novas leituras para identificar a palavra que melhor atribuiu significado à temática. As constituintes emergentes, semelhantes em sentido ou significadas, foram reunidas para formar as subcategorias.

Quadro 4 – Reunião das constituintes de sentido para formar as subcategorias.

Constituintes de Sentido	Subcategorias
Formação Capacitação Educação	AS ENFERMEIRAS NÃO SE SENTEM EMOCIONALMENTE PREPARADAS PARA CUIDAR DAS FAMÍLIAS

Depois de reunidos, os temas foram analisados com mais profundidade em busca de novas semelhanças mais sutis para formar as categorias e subcategorias que ora são apresentadas na estrutura situada do fenômeno.

Quadro 5 – Estrutura situada do fenômeno

CATEGORIA 1	SUBCATEGORIAS
DILEMAS EMERGENTES DAS ENFERMEIRA S NA VIVÊNCIA COM AS FAMÍLIAS DOS PACIENTES NA CONDIÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA	<ul style="list-style-type: none"> • ALTERIDADE • RESPONSABILIDADE • IMPLICAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS • RESPEITO AO MOMENTO DE CRENÇA • A DISTÂNCIA ENTRE A COMPREENSÃO E O RESPEITO À AUTONOMIA • TOMADA DE DECISÃO

CATEGORIA 2	SUBCATEGORIAS
CUIDANDO DO PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • O CUIDADO TÉCNICO

<p>NA CONDIÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CONSCIÊNCIA DA MORTE • MOTIVAÇÃO PARA CUIDAR • LIMITES PROFISSIONAIS
--	--

CATEGORIA 3	SUBCATEGORIAS
<p>DESCONFIANÇA SOBRE: ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE TRANSPLANTE E NO AGIR DA EQUIPE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • AS ENFERMEIRAS REVELAM DESCONFIAR DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE TRANPLANTE • A FAMÍLIA REVELA DESCONFIANÇA NO AGIR DA EQUIPE

5.2 CONHECENDO OS DILEMAS DAS ENFERMEIRAS

CATEGORIA 1 - DILEMAS EMERGENTES DAS ENFERMEIRAS NA VIVÊNCIA COM AS FAMÍLIAS DOS PACIENTES NA CONDIÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

Nesta categoria, estão incluídas as unidades de significado que descrevem aspectos relacionados ao contato da enfermeira com a família. As enfermeiras relatam as variadas formas de estabelecer contato com as famílias, discorrem sobre o despreparo para o cuidado emocional e o sentimento de dor oriundo desse cuidado. As enfermeiras revelam não se sentirem preparadas para prestar cuidado emocional às famílias dos pacientes na condição de morte encefálica, pois têm dificuldades em falar na condição de morte.

- **ALTERIDADE**

As enfermeiras revelam, em suas falas, que não se sentem emocionalmente preparadas para prestar cuidados as famílias dos pacientes na condição de morte encefálica.

*Não estamos preparadas, **procuro manter distância da família para evitar conflito.**(E.11)*

***Acho que não estou pronta para lidar com essa situação das famílias. Não me sinto preparada para lidar com a família, nós aqui não fomos preparados para lidar com a família do paciente em morte encefálica. Eu não tive nenhuma preparação.** (E.2)*

A enfermeira E.11 afirma que não se sente preparada para lidar com a família na condição de morte encefálica e revela o uso do distanciamento como maneira de evitar conflitos. E E.2 acredita que não está pronta para lidar com as famílias na situação de morte encefálica, pois não recebeu treinamento para lidar com elas.

Percebe-se, através dos discursos, que as enfermeiras não se sentem preparadas para lidar com as famílias pela necessidade de falar sobre a condição de morte. Elas revelam sentir dificuldade para falar da condição de morte, mesmo com a família ciente do diagnóstico, elas não se sentem à vontade para falar, sentem como se existisse uma barreira.

*Nós não estamos preparados para isso, por mais que a gente trabalhe, (...) **eu não me sinto confortável, nem preparada para conversar com a família do paciente em morte encefálica,...** **que ele está morto. Ninguém fala no assunto da morte encefálica a gente fala com a família sobre os procedimentos técnicos que estamos realizando, mas nada é falado sobre a morte, tipo um silêncio, uma barreira. Você sabe que o paciente está morto, a família sabe que o paciente está morto só que em momento nenhum a gente comenta isso.**(E.4)*

*A família costuma perguntar: **como é que ele está hoje? Você sabe que o paciente está morto, a família sabe que o paciente está morto só que em momento nenhum a gente comenta isso. Em momento nenhum é feita a abordagem, “o paciente está morto e estamos mantendo os órgãos”, de jeito nenhum se faz este comentário. Eu já tenho nove anos de terapia intensiva, mas eu não me sinto confortável, nem preparada para conversar com a família do paciente em morte encefálica que ele está morto.**(E.5)*

***É muito difícil para a gente dizer que o paciente está em morte encefálica.**(E.2)*

Emerge do segmento das falas de E.4 e E.5 que, por mais que vivam experiências profissionais de lidar com famílias de pacientes na condição de morte encefálica, não se sentem preparadas para falar para a família sobre a morte. Mesmo com a família tendo

conhecimento do diagnóstico da morte encefálica, não se fala da morte. A enfermeira passa as informações dos procedimentos técnicos que está realizando.

A enfermeira E.2 é categórica ao dizer que é muito difícil referir-se ao paciente em morte encefálica como morto. Não se estabelece uma conversa sobre a condição da morte, ficando no ar uma cumplicidade silenciosa

Algumas enfermeiras tentam conversar com as famílias, porém, quando sentem resistência, não insistem.

Às vezes consigo conversar com eles, mas tem família que não dá para a gente conversar. Então, deixo de lado. (E.6)

No discurso de E.6, há a revelação de que ela tenta conversar com as famílias, porém, quando não há diálogo, ela ignora os familiares.

A dificuldade que as enfermeiras encontram para conversar com a família sobre a condição da morte encefálica faz com que a relação enfermeira - família seja balizada por um silêncio de cumplicidade, no qual as duas partes sabem da real condição de morte, mas parece não saberem. Além da pouca capacitação para os aspectos emocionais, também se observa a formação ética fragilizada.

Para Bellato (2003) o ensino da Ética na enfermagem, durante muitas décadas, foi pautado em um modelo predominantemente conservador, centrado em uma concepção normativa, com supervalorização de normas e códigos, ao invés de um ensino reflexivo-crítico, em que o exercício da enfermagem fosse considerado como uma prática social, historicamente construída no interior de uma área de atuação profissional subordinada às condições de vida dos seres humanos.

A manutenção do silêncio, por quem está cuidando diretamente do paciente, alimenta uma esperança de melhora. Não falar da condição de morte faz com que a esperança seja reafirmada, uma vez que, existe um profissional que está cuidando do seu parente.

Para a família, ter alguém cuidando e dando explicações técnicas do que está fazendo traz uma conotação de vida e não de morte. O enfermeiro pode ter a consciência de que o cuidado ao paciente na condição de morte encefálica é para manter os órgãos, porém, a família não.

No princípio da alteridade, o cuidador abre-se à experiência do outro de forma mais complexa que na empatia, enquanto, nesta última, a pessoa reflete sobre o que sentiria se

estivesse no lugar do outro. No princípio da alteridade, ela reflete, de forma profunda, no outro, vivenciando a situação enquanto família, enquanto sociedade, enquanto ser individual físico e psíquico, não apenas em sentimento. (CORREIA, 1993)

Pessini e Barchifontaine (2005) afirmam que a alteridade é o critério fundamental da bioética segundo o qual a pessoa é o fundamento de toda a reflexão e de toda a bioética.

Utilizando o princípio da alteridade, as enfermeiras vivenciam a condição de familiar, vivendo essa experiência, a enfermeira percebe o sofrimento e também sofre.

Evitar falar sobre a condição de morte, pode ser uma atitude intencional da enfermeira para proteger a família e se proteger.

O contato com as famílias é emocional e desencadeia uma série de sentimentos que mobilizam as enfermeiras.

Tecnicamente é até mais fácil (...) Emocionalmente é mais difícil porque a gente tem que estar lidando com os familiares.(E.9)

*Eu choro junto. Quando a família começa a contar as coisas, eu começo a chorar. É a parte que eu me envolvo(...).
A família fica perguntando: por que você está chorando? (E.8)*

Em suas falas E.8 e E.9 revelam que a parte emocional de lidar com as famílias pesa mais que a parte técnica e E.8 ainda informa que não consegue manter o controle e chora no momento em que conversa com a família.

Lidar com a dor do outro é estar se aproximando da sua própria dor.

Não é fácil. Lidar é difícil. Ninguém gosta de ver o sofrimento do outro, sensibiliza muito a gente.(...) É muito ruim perder alguém que a gente gosta e é ruim ver pessoas que gostam daquele ser humano o perder. Para as pessoas mais preparadas espiritualmente é mais fácil.(E.11)

(...) é muita tristeza, mais pela família do que pelo próprio paciente.(E.10)

As enfermeiras E.10 e E. 11 informam que não é fácil lidar com as famílias, pois elas estão diante de uma perda, a perda de um ente querido. Esse sofrimento faz a

enfermeira refletir sobre seus próprios sentimentos, ela se dá conta da sua finitude e de como é doloroso perder alguém.

Siqueira-Batista (2005) pondera que o processo de morrer está, muitas vezes, atrelado às inquietações humanas, à idéia do sofrimento, quer imposto por um fim trágico e inesperado, quer relacionado a uma moléstia grave e mitigante. Em ambas as situações, a supressão do bem maior da vida possibilita a adoção de uma postura reflexiva por parte daqueles que experimentam a proximidade da morte, seja o enfermo, seja os familiares ou os profissionais de saúde.

Morrer, reconhecer-se finito está quase invariavelmente relacionado, na sociedade ocidental, à tristeza e ao sofrimento. (ZAHNHAFT, 1997).

Hennezel e Leloup (2005) revelam, no seu livro *A arte de morrer*, que no Ocidente, a maior parte de nossos contemporâneos recusam a própria idéia da morte e, por uma forte razão, a idéia de conviver com ela, a morte, até o dia da sua chegada.

Entende-se que as enfermeiras utilizam o princípio da alteridade ao cuidarem das famílias. Essa conduta faz com que elas ajam de forma a proteger os familiares de maiores sofrimentos, assumindo uma conduta de proteger os susceptíveis, ou seja implementando ações da bioética da proteção.

- RESPONSABILIDADE

Durante o cuidado, as enfermeiras estabelecem contato com as famílias. Esse contato faz emergir uma variedade de sentimentos, que vão desde a compaixão até a dor. As enfermeiras revelam que a convivência com as famílias traz uma gama de sentimentos para elas. Muitas entendem como parte da sua responsabilidade profissional estar próxima destas famílias por acreditarem que podem ajudar nesse momento.

*Quando eu percebo algum familiar querendo um contato **eu chego junto do paciente**, aí eu deixo que ele faça o contato comigo, é isso que acontece.(E.1)*

Eu tenho contato com a família, aqui temos o horário de visita pela manhã e pela tarde, e eles [os familiares] visitam normalmente o paciente em morte encefálica e a gente conversa com eles.

Quando eles sabem que o paciente já está em morte encefálica, a gente tenta falar.(E.2)

As enfermeiras E.1 e E.2 demonstram estarem sensibilizadas com os familiares, ficando atentas as suas necessidades e se mostrando disponíveis para atendê-los. E.2 expressa ainda que utiliza o momento da visita para estabelecer contato com essas famílias.

É possível apreender que as enfermeiras estão sensíveis à presença da família, procurando estar ao lado desta no momento da visita. Elas entendem que é de sua responsabilidade o acompanhamento dessas famílias.

Santa Rosa (1999), abordando a intencionalidade da consciência de profissionais, chama a atenção para o fato de a responsabilidade ser apreendida pelos profissionais a partir do sentido de fraternidade

O cuidado prestado por algumas enfermeiras às famílias é realizado como uma forma de não ter atribuída a si a responsabilidade pela morte do paciente.

Eu também presto cuidado à família do paciente em morte encefálica. Ele já estava morto, mas para não acharem que estávamos matando, era preciso cuidar do paciente e cuidar da família, principalmente.(...) (E.4.)

A enfermeira E.4 deixa transparecer, em sua fala, que presta cuidado às famílias dos pacientes na condição da morte encefálica por temor do julgamento que a família possa vir a fazer, caso não perceba que o cuidado esperado por elas não está sendo feito.

A decisão, nessa circunstância, não se dá por opção pessoal, pela liberdade de ser fiel a um determinado modo de agir, que julgue valoroso, mas, como é colocado por Vázquez (2004), a responsabilidade se dá pela coação interna, que não deixa o sujeito com opção para agir de outra maneira. A consciência é um juiz interno e supremo independente das circunstâncias objetivas e das condições históricas e sociais.

Algumas participantes se recusam à responsabilidade de cuidar das famílias e atribuem esta responsabilidade a outros profissionais e alegando que este contato gera sentimentos de dor.

Eu confesso que não presto cuidados à família do paciente em morte encefálica. Não tenho facilidade de conversar com a família. Não! Chamo o serviço social ou a psicóloga. Eu realmente

não me relaciono, porque isso me incomoda mesmo. Deixa-me mais abalada.(E.7)

Para cuidar da família, aqui na UTI, tem o pessoal da psicologia. Os psicólogos que vêm na hora da visita e que acompanham os familiares, então, o suporte é dado por eles. Da parte de enfermagem a gente faz contato na medida do possível, só quando eles perguntam.(E.2)

Só falo com a família se eles realmente questionarem, porque tem famílias que realmente perguntam o que está acontecendo com o filho. Perguntam se a pressão está boa? Como está a temperatura? Se ele está melhor? Se eles não perguntarem eu fico realmente parada, eu não chego para falar, a não ser que o familiar pergunte.(E.3)

A enfermeira E.7 identifica o aspecto conflituoso que se instala neste contexto, e que interfere na atitude dos profissionais que acabam resistindo em não desenvolver suas atividades e responsabilidades por não se sentirem confortáveis na realização desta ação.

O depoimento de E.2 revela que a participante conversa com as famílias quando elas tomam a iniciativa de procurá-la para tirar dúvidas e E.3 é categórica na descrição do seu agir frente ao contato com a família.

Algumas enfermeiras esperam que a família tenha a iniciativa de procurá-las para que possam estabelecer contato, assim expressa a passividade diante da comunicação com os familiares dos pacientes na condição de morte encefálica. O compromisso com a responsabilidade de cuidar da família dos pacientes na condição de morte encefálica varia conforme o conjunto de valores e crenças que cada enfermeira nutre

Pessini e Barchifontaine (2005) colocam que, para que haja responsabilidade, é preciso existir um sujeito consciente, a partir do seu conteúdo ético e moral. A enfermeira assume a responsabilidade pelo familiar no momento em que toma para si a obrigação geral de responder pelos seus atos e os da sua equipe diante daquela família.

Evidencia-se, durante os depoimentos, que as enfermeiras, apesar de sentirem dificuldade de realizar o contato emocional, mostram-se mais preparadas para oferecer esclarecimentos técnicos sobre a condição da morte encefálica, sentem como parte de sua responsabilidade profissional informar a família sobre os aspectos técnicos que envolvem o cuidado do paciente.

Apreendo em seus discursos, as enfermeiras demonstram se sentirem responsáveis e preparadas para falar sobre os aspectos técnicos, mostrando-se disponíveis para esse esclarecimento.

Há uma busca maior por esclarecimentos por parte dos familiares do paciente na condição de morte encefálica do que ser outros familiares que visitam outros pacientes na UTI.

Na morte encefálica, a família sempre quer mais algum esclarecimento[...] vou explicar o que é a morte encefálica. Como eu me sinto preparada para dar o esclarecimento, eu deixo que elas busquem o que querem. Eu não me sinto em conflito ético, porque em qualquer momento que ela [a família] me pergunte algo eu poderei responder dentro do meu limite, sem “ferir”, sem entrar no limite que não é meu (E.1).

Está explícita na fala de E.1 a segurança que a mesma tem para dar esclarecimentos sobre a morte encefálica aos familiares. Por ter conhecimento técnico sobre a condição da morte encefálica e por ter claros quais são seus limites profissionais, essa enfermeira sente-se à vontade para conversar com as famílias.

O esclarecimento dos aspectos técnicos é expresso pela enfermeira como sendo sua responsabilidade ofertar informações a pessoas que não possuem o conhecimento específico da área da saúde, limitam contudo a tirar as dúvidas que são da competência do profissional de enfermagem.

Apreende-se que a presença da enfermeira é constante e decisiva nas elucidações das dúvidas que permeiam o atendimento ao paciente na condição de morte encefálica.

- IMPLICAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

As implicações éticas e legais também podem influenciar nos cuidados das enfermeiras às famílias dos pacientes na condição de morte encefálica, uma vez que a enfermeira da terapia intensiva, eticamente, não deve abordar com às famílias o tema referente a doação de órgãos ficando essa responsabilidade a cargo do Serviço Social e dos profissionais da Central de Órgãos.

A psicóloga e assistente social da UTI é quem fazem a abordagem [sobre doação], pois se eu abordar eles [os familiares] vão achar que eu só quero os órgãos e não vou mais cuidar. E se eles pensarem assim, eu não tenho como desfazer essa idéia, pois é a crença da pessoa.(E.1)

*Quando o protocolo fecha, o médico fica responsável pela abordagem à família e a central, o grupo da doação de órgãos, para falar sobre a doação. Nós, enfermeiras de assistência, não fazemos contato com a família para falar sobre doação. Quem faz é o pessoal da Central de Órgãos e a assistente social. O médico só faz fechar o protocolo e o **nosso papel aqui é fazer com que o protocolo seja cumprido**, à parte de doação é com a Central de Órgãos.(E.2)*

Emerge do segmento da fala de E. 1 que há um protocolo para abordagem da família sobre a doação de órgãos. No serviço no qual a depoente trabalha, o contato é realizado pela psicóloga, assistente social e pelos profissionais da Central de Órgãos e Transplante. O depoimento de E.1 deixa claro que o envolvimento da enfermeira de assistência nesse processo pode suscitar algumas dúvidas sobre a idoneidade do processo de transplante.

A fala de E.2 deixa claro qual o papel de cada profissional no processo de constatação da morte encefálica, assim como o fato de que a enfermeira de assistência tem a função de prever e prover os meios necessários para que o protocolo seja cumprido.

O Ministério da Saúde determina que a abordagem das famílias deve ser feita pelos membros da comissão intra-hospitalar de transplante, tendo este grupo a responsabilidade de entrevistar as famílias, conforme trecho abaixo:

A Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) foi criada com a finalidade de detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital, pessoas com diagnóstico de morte encefálica, conforme a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM).

A comissão deverá criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos. Ao diagnosticar a morte encefálica, a comissão deve entrar em contato com a Central de Transplante do respectivo estado (CNCDO) para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos. (BRASIL, 1997, P. 25)

A comissão, em conjunto com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Sistema Nacional de Transplantes, faz a abordagem e a entrevista ao familiar para solicitação e doação de órgãos e tecidos. (BRASIL, 2005)

Do ponto de vista ético, a posição da enfermeira da terapia intensiva é muito delicada. Ela é a responsável técnica pela manutenção dos órgãos do paciente na condição de morte encefálica e não deve abordar a família sobre a doação, uma vez que suas informações poderiam ser consideradas tendenciosas, ou influenciariam a família na tomada de decisão.

Compreende-se que a enfermeira conhece seu papel na manutenção do paciente na condição de morte encefálica. Sabe das implicações éticas e legais do seu posicionamento e tem ciência do seu papel ético diante das famílias dos pacientes na condição de morte encefálica razão por que se mostram fragilizadas e susceptíveis à influência de informações.

- RESPEITO AO MOMENTO DE CRENÇA

As enfermeiras procuram conversar com a família do paciente na condição de morte encefálica, respeitando o momento que cada pessoa tem para aceitar a realidade.

Então procuro sempre conversar com as pessoas, mas sem forçar, deixo a pessoa ter o momento dela para acreditar. Eu fico ouvindo, porque eu não vou mudar um ponto de vista numa conversa. (E.1)

Você está falando e a pessoa não está aceitando, sempre achando que o caso vai ser revertido, eu não tiro a esperança da família, é difícil.(E.3)

[os familiares] muitas vezes não se dão conta que o paciente já está em morte encefálica (...).(E.2)

A enfermeira E.1 revela que procura conversar com a família sem impor uma mudança na opinião, pois acredita que cada um tem o momento para aceitar a realidade difícil que se impõe.

Outra enfermeira E.3 percebe, durante as conversas com as famílias, que muitos não aceitam a condição da morte encefálica por não acreditarem no diagnóstico, buscando um milagre. Nesse instante, a depoente revela não retirar as esperanças da família.

Kübler-Ross (1987) traz a definição clássica do instante da morte, formulada por Hipócrates cerca de 500 anos antes do nascimento de Cristo, que dizia: “ Testa enrugada e árida, olhos cavos, nariz saliente, cercado de coloração escura, têmporas deprimidas, cavas e enrugadas, queixo franzido e endurecido, epiderme seca, lívida e plúmbea, pêlos das narinas e dos cílios cobertos por uma espécie de poeira, de um branco fosco, fisionomia nitidamente conturbada e irreconhecível”. O advento dos transplantes, o critério da morte constatada pela cessação da respiração e da parada cardíaca, não se adequava, se tornou necessário ter um critério que definisse a morte do encéfalo, mas que mantivesse o resto do corpo vivo e os órgãos viáveis para o transplante.

A definição da morte encefálica foi aceita com mais facilidade pela comunidade científica do que pela sociedade, gerou uma série de problemas em decorrência da condição que surge quando é atribuído ao paciente o diagnóstico de morte cerebral. (LOPES, 2001).

Na década de 1960, com o advento dos transplantes, o critério de morte deixa de ser a parada cárdiorespiratória e passa a ser a morte encefálica. (KOVASC, 2003)

Na morte com critérios neurológicos ou encefálicos, a função respiratória pode ser suprida por meios artificiais, bem como o coração pode ser mantido por drogas que permitam a permanência dos batimentos por algum tempo. (OLIVEIRA, 2005).

Ao falar sobre como os familiares percebem o corpo do seu parente em morte encefálica, Pearson (1995) afirma que a família percebe o doador ainda como vivo, embora, racionalmente, já o defina como morto. A condição do corpo quente e com o coração batendo, mantido funcionando artificialmente na UTI, contrasta-se com a idéia do que seja um cadáver.

A família tem dúvida e não aceita a morte encefálica como real condição de morte, uma vez que existem sinais clínicos característicos de vida.

[...] o doutor falou que está em morte encefálica, mas o coração esta batendo. (E.1)

No momento temos um paciente em morte encefálica (...), mas a mãe continua dizendo que ele vai levantar dali (...) É muito difícil porque eles não entendem, eles dizem “mas o coração está batendo” e “ele está respirando”(...)

Seria necessário um sinal clínico para que o familiar tivesse a certeza que seu parente está morto, que não dependesse da palavra da gente e do médico, porque nem nos exames eles acreditam.(...) (E.9)

No discurso da enfermeira E.1, ela relata um questionamento feito, a ela pela família do paciente e obtém a revelação da não aceitação da condição da morte encefálica.

A fala de E.9 demonstra que, apesar do diagnóstico confirmado, a família mantém a esperança de um milagre, já que eles vêem o registro da frequência cardíaca e percebem a respiração funcionar. Aponta, ainda, para a necessidade de um indicador que dirimisse as dúvidas sobre a morte encefálica dos familiares.

As crenças religiosas estão presentes do dia-a-dia da família e dos profissionais de saúde.

(...) eram evangélicos e não acreditavam [na morte encefálica]. Diziam, Deus ressuscitou Lázaro com quatro dias de morto e porque não o filho deles? .(E.5)

A enfermeira E.5 revela a experiência que viveu com a família de um paciente evangélico na condição de morte encefálica que, baseada na sua crença religiosa, aguardava um milagre.

Emerge desses discursos que, apesar da comunicação do diagnóstico de morte encefálica, a família apresenta-se resistente em aceitá-la, pois, quando está ao lado do seu familiar, pode perceber, através de aparelhos, o funcionamento do coração e a presença da respiração. Nesse sentido a família fundamenta-se na crença religiosa e na ausência de sinais característicos de morte para nutrir a esperança de uma reversão do quadro.

SADALA (2004) afirma que, quando os familiares são abordados para doação é que irão tomar contato com o conceito da morte encefálica desconhecido até então para eles. Os familiares expressam dúvidas à cerca da real situação da morte. Alguns expressam que aguardam a “morte final”, pois, para eles, a morte encefálica não significa a morte

definitiva, entendendo a morte encefálica apenas como a morte do cérebro. Concluindo que os familiares querem ter certeza do diagnóstico de morte, pois eles têm dúvida a respeito do que é a morte encefálica

Pearson (1995) apresenta resultados semelhantes: a maioria dos familiares apresentou compreensão inadequada a respeito da morte encefálica.

Muitos não compreendem as informações fornecidas pela equipe de saúde e um número importante ignora o que é morte encefálica e duvida de que o parente esteja realmente morto.

Aprendemos que a enfermeira compreende a dificuldade da família em reconhecer seu parente deitado no leito da UTI como morto. As participantes tentam explicar a condição para a família porém com a negação, ela não insiste, considerando o respeito ao momento da família para aceitar a condição da morte.

Conforme Kottow (2005), os programas de saúde pública relacionados à prevenção, higiene e à educação são de responsabilidade estatal, devendo ser aplicados indiscriminadamente ao universo populacional susceptível ou a toda a sociedade, caso exista vulnerabilidade geral.

Considerando a sociedade como vulnerável e a condição da família poder ter um parente na condição de morte encefálica, o Estado, representado pelo Ministério da Saúde, através do Sistema Nacional de Transplante, tem a responsabilidade de realizar campanhas a fim de educar a população sobre a morte encefálica, doação e transplante de órgãos.

Isso deve ser feito não com o objetivo de aumentar o número de doações, mas com o intuito de exercer o papel do Estado que é proteger a sociedade, através da informação, para que, quando o indivíduo estiver diante da situação de ter um parente em morte encefálica possa ter sua autonomia preservada. Porém, com a ausência dessa cobertura, as famílias ficam na dependência da equipe de saúde que cuida dela.

As situações de vida e morte envolvem vários personagens: pacientes, familiares e equipe de saúde, além da instituição hospitalar. Numa relação simétrica, qualquer decisão envolverá todos estes personagens, arrolando-se os prós e os contras de cada uma das opções. Entretanto, na maior parte das instituições hospitalares, observa-se a posição paternalista, que baseada no princípio da beneficência, de se fazer o bem e evitar o sofrimento adicional, induz a equipe a agir unilateralmente, justificando-se com a idéia de que sabe o que é melhor para o paciente, ou seja, considera que este não está preparado para saber o que é o melhor para si. Assim, a equipe de saúde é a depositária do saber. (KOVASC, 2003)

- A DISTÂNCIA ENTRE A COMPREENSÃO E O RESPEITO DA AUTONOMIA

As enfermeiras do estudo recordam problemas vivenciados com as famílias dos pacientes na condição de morte encefálica e chamam a atenção para a resistência em respeitar a autonomia do usuário.

*A gente não pode impor nossa religião ou as nossas crenças, a família tem a dela e **isso me incomoda**, (...), Por exemplo, a testemunha de Jeová, a Bíblia diz que não pode passar fluidos de uma pessoa para outra, **mas eu não acredito nisso.**(E.2)*

Apreende-se da fala de E.2 que ela coloca como parte de sua obrigação respeitar o direito à liberdade de opinião e expressão do outro. Porém, revela o conflito de valores seus com os dos familiares que possuem a religião das Testemunhas de Jeová.

O direito à liberdade de expressão e opinião é reconhecido internacionalmente no artigo XIX da Declaração Universal dos Direitos Humanos. (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 2005)

A opinião da família sobre a doação dos órgãos, em alguns momentos, é questionada pelas enfermeiras, sobretudo quando estas divergem das suas próprias crenças.

*Pergunto: **para que vai levar os órgãos? Para onde? Se podemos salvar muitas vidas?** (...).(E.4)*

*Eu sempre pergunto: **Você gosta muito dele? Você gostaria de ter esta pessoa junto de você a vida inteira deitado no hospital com um respirador, usando medicações para segurar o coração, só para você saber que você esta vendo? Algumas pessoas dizem que sim, e isso me choca, porque isso é egoísmo. Não querem perder.** (E.1)*

Podemos observar que, nas falas das enfermeiras E.4 e E.1, elas não concordam com as decisões tomadas pelas famílias dos pacientes na condição de morte encefálica e usam questionamentos de cunho ético para tentar modificar a opinião das famílias.

Guilhem (2002) ressalta que a capacidade de agir livremente de certos grupos, ou mesmo de indivíduos vulneráveis, é proporcional ao respeito à autonomia das pessoas que as protegem, sejam eles os cuidadores ou os profissionais de saúde.

Para Fabbro (1999), só se pode falar em exercício de autonomia quando há compartilhamento de conhecimento e informação da equipe de saúde para o paciente, oferecendo dados importantes, em linguagem acessível, para que qualquer decisão possa ser tomada, garantindo-se a competência de todos os membros envolvidos na situação. Beauchamp e Childress (1979) afirmam que o termo autonomia deve ser usado com o sentido de respeitar a liberdade e a capacidade do agente tomar decisões.

O respeito à autonomia deve, então, ser observado nos diferentes momentos da relação profissional da saúde-paciente. Esse princípio justifica uma série de regras que devem, efetivamente, nortear as práticas biomédicas, como: falar a verdade; respeitar a privacidade dos outros; proteger informações confidenciais; obter consentimento para fazer intervenções com o paciente, quando solicitado, ajudar os outros a tomarem decisões importantes (DALL'AGNOL, 2005)

Braz (2005) questiona a competência humana de perceber a profundidade das divergências de visões de cada um, com diferentes concepções, ideologias, tradições, culturais e valores morais distintos. Considera que, mesmo fazendo parte da mesma espécie, o pluralismo coloca o desafio de se viver com a diversidade de visões e mundos.

Para Siqueira-Batista (2005), o respeito à autonomia é um dos pilares da bioética da proteção, devendo ser considerado nos debates sobre a morte e o morrer, em especial no que se refere ao ambiente de terapia intensiva. É preciso pesar os avanços da biotecnologia, quando colocados acima do bem e do mal, em detrimento do respeito à pessoa.

A idéia de proteção traz consigo o gérmen da assimetria, pois conta de dois pólos, um fraco, necessitando de apoio, incapaz de enfrentar a vida sem ajuda; o outro com o poder e energia suficientes para repartir e assumir a responsabilidade de cuidar do fraco. (KOTTOW, 2005)

Um aspecto importante a ser apontado, quando nos referimos ao princípio da autonomia, é a constatação de que, nos cuidados aos doentes, muitas vezes, ocorre uma relação paternalista assimétrica, entre eles e os profissionais de saúde: em uma das polaridades, está o poder da equipe de saúde e, na outra, a submissão do paciente. Quando

se favorece a autonomia, ocorre uma relação simétrica entre os profissionais e os pacientes sendo que estes últimos participam, de maneira ativa, das decisões que envolvem seu tratamento, bem como sua interrupção. Para que a autonomia possa ser exercida, é fundamental que o paciente receba as informações necessárias, que o instrumentalizem e o habilitem para a tomada de decisões diante das opções existentes em cada situação (KOVASC, 2003). Inferimos que, quando os profissionais de saúde estabelecem uma relação de respeito, a autonomia da família do paciente na condição da morte encefálica, através do fornecimento de informações sobre a condição da morte encefálica e sobre os transplantes, estes poderão ter sua susceptibilidade reduzida e tomar decisões de forma mais tranqüila e consciente.

Apesar da maior parte da população ser católica, a liberdade de expressão religiosa faz coexistir diversas crenças.

(...) essa questão de religião é muito séria, cada um tem a sua. E a gente não está preparada, tem que aprender tudo por osmose.(E.5)

A vivência dos conflitos de religião por E.5 demonstra que os profissionais de saúde não recebem capacitação teológica para entender as várias religiões que são praticadas no país.

O profissional deve estar atento para identificar as diferentes crenças e desejos ou expectativas envolvidas e buscar encontrar soluções que harmonizem essas perspectivas diversas, sendo a pior alternativa desconsiderar ou tentar impor um sistema de crenças pessoais para as outras pessoas envolvidas. (GOLDIM, 1997)

Porém, de acordo com Kottow (2005), a família do paciente em morte encefálica seria considerada como susceptível ao invés de vulnerável, já que a vulnerabilidade, pelo atributo antropológico, pertence a todo ser humano e a susceptibilidade, diferentemente, é um dano instalado em grupos sociais e individuais. Sendo a bioética da proteção assimétrica, ela tem a responsabilidade de proteger os susceptíveis. E essa proteção não é responsabilidade só do Estado, pois na falta deste, há parceiros sociais que devem assumir

o papel de proteger os susceptíveis: a saúde pública, a sociedade civil, os grupos de auto-ajuda. Em relação às famílias dos pacientes na condição de morte encefálica, deixamos a responsabilidade para os profissionais de saúde na proteção deste grupo, garantindo seus direitos e respeitando sua autonomia.

- TOMADA DE DECISÃO

As enfermeiras têm dúvida de como agir diante da família do paciente na condição de morte encefálica, uma vez que não se sentem preparadas para lidar com esses familiares.

A gente tem que, às vezes, desviar o assunto ou tem que ter a coragem de dizer para ele: “não, o quadro dele é irreversível, você já está ciente da situação”.(E.6)

Sim, eu tenho um dilema, porque tem famílias que não aceitam e “querem” que a gente diga que ainda tem esperança e a gente não pode dizer (...) Ou você diz o que eles querem ouvir ou você fica calado (...), mas, quando você não pode, você está vendo uma família desesperada, você não pode chegar e aumentar mais esse sofrimento.(E.2)

Se ele chegar para mim para perguntar se está em morte encefálica, eu não sei o que dizer, (...) Eu poderia dizer ao pai como ele chegou nesta situação.(E.3)

Ela tinha apenas um filho, de 16 anos e ele chegou para visitá-la. Ele se aproximou e disse assim: “minha mãe, não vá, não me deixe sozinho não” e, coincidentemente, o nome dele era o nome do meu filho. Até hoje, quando eu falo, eu me emociono. Quando ele se virou para mim e perguntou: Minha mãe tem chance? Quando ele perguntou isso, eu ia dizer o quê? Ai eu nem olhei para ele, chamei a colega e pedi que ela ficasse no meu lugar, porque, se não, ele me veria chorando, porque se ele olhasse para o meu rosto ele ia saber, entendeu? Então, eu deixei a colega conversar com ele. Se ele me visse, ele ia desarmar ali. .(E.2)

*Eu estudei em colégio adventista por 10 anos e venho perguntando por que e não acho resposta. Podia ser parente meu, **é parente dos outros eu não me envolvo, não é meu, eu prefiro não me envolver tanto.** (E.8)*

Considerando que o enfermeiro, obrigatoriamente, toma decisões e participa e tomadas de decisão coletiva, Marquis e Huston (1999) acreditam que a tomada de decisão, a resolução de problemas e o pensamento crítico são habilidades aprendidas e que se desenvolvem com a prática. As autoras conceituam a tomada de decisão como um processo cognitivo complexo, freqüentemente definido como a escolha de uma determinada linha de ação.

A postura do enfermeiro frente à família do paciente em morte encefálica é posta como um problema de decisão, trata-se, então, de um dilema. Isto é, à primeira vista, o agente enfermeiro tem à sua frente alternativas de ação divergentes. Porém, a pergunta moral clássica é a mesma: Como devo agir?

A enfermeira, diante das famílias dos pacientes na condição de morte encefálica, tem que tomar uma decisão sobre o que dizer para essas famílias quando questionada sobre a condição de morte.

Fry (1989) considera que a capacidade para tomar decisões éticas é essencial para a prática profissional da enfermeira e acredita que, quando uma enfermeira toma uma decisão, ela leva em consideração os seguintes fatores: convicção e valores pessoais; conceitos teóricos e práticos da enfermagem; enfoques éticos e as normas de comportamento ético.

Percebemos pelos discursos das enfermeiras que os dilemas vivenciados não são compartilhados entre elas, nem com os profissionais.

Elas também não relatam a utilização de outros recursos para tomada de decisão, somente a consulta íntima aos seus próprios valores.

Os dilemas morais, muitas vezes, ficam encobertos e não chegam para as discussões em grupo, ficando restritos no espaço microfísico do cuidar, onde os enfermeiros formulam juízos e, às vezes, se servem de determinados argumentos ou razões para justificar a decisão adotada ou os passos dados (VÁZQUEZ, 2004)

Os dilemas morais são vivenciados nas relações interpessoais, porém eles têm eco, pois conduzem a uma tomada de decisão que terá as repercussões morais importantes na vida pessoal, na comunidade e nas famílias.

Os dilemas estão intimamente envolvidos com a concepção de responsabilidade. Não é possível pensar em tomada de decisão sem pensar em responsabilidade, sem perceber o que está fundamentando suas ações e as repercussões das atitudes escolhidas.

CATEGORIAS 2 - CUIDANDO DO PACIENTE NA CONDIÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

- **O CUIDADO TÉCNICO**

As enfermeiras descrevem como é cuidar do paciente na condição de morte encefálica e revelam não fazer distinção do cuidado prestado aos pacientes nessa condição, comparada à que dava a outros pacientes da UTI.

(...) o mesmo cuidado que eu tenho com aquele que está em morte encefálica, eu tenho com outro [paciente] que não tem esse diagnóstico.(...).(E.6)

Trato naturalmente como se fosse um outro paciente qualquer.(E.7)

Eu trato como se estivesse cuidando em um paciente em coma induzido (E.11)

Como se fosse um paciente normal, como um outro, não há diferença.(E.10)

As falas das enfermeiras E.6, E.7, E.11 e E.10 demonstram que o cuidado técnico prestado ao paciente na condição de morte encefálica não diferencia do cuidado prestado a outros pacientes da terapia intensa.

A condição de morte é considerada como fator facilitador no cuidado do paciente, por trazer a certeza da finitude.

Tecnicamente, é até mais fácil, porque o paciente está clinicamente morto, então não tem muito que fazer, é só manter os órgãos vitais, depois de fechar o protocolo, manter ele funcionando a parte respiratória, circulatória, a parte renal, suporte básico mesmo. É mais fácil. (E.9)

A facilidade é cuidar do paciente que não tem muito com o que se preocupar, cuidar só dos órgãos mesmo, não tem muito com o que se preocupar porque o paciente não vai “sobreviver”, só estamos cuidando dos órgãos mesmo.(E.4)

As enfermeiras E. 9 e E.4 consideram o cuidado ao paciente na condição de morte encefálica mais fácil, por conta da morte cerebral já estar instalada, a vigilância concentra-se na manutenção dos órgãos, não há risco de morte, como os que os outros pacientes sem este diagnóstico possuem.

Na visão das enfermeiras, o cuidado ao paciente na condição da morte encefálica é descrito por um lado como um cuidado comum a outros pacientes, mas com particularidades relacionadas à manutenção dos órgãos.

Sadala (2004), na sua pesquisa, encontrou resultado semelhante. A autora concluiu que o cuidado do paciente no estado de morte encefálica é considerado um cuidado que exige os mesmos cuidados dispensados a outros pacientes da UTI, que é um cuidado técnico e preciso.

A pesquisa também demonstrou que as enfermeiras se sentem preparadas para prestar o cuidado técnico, que consiste na aplicação e no controle rigoroso de drogas, hidratação e monitorização da função cardiorrespiratória. É um cuidado que demanda atenção e rapidez.

Compreendemos, neste estudo, que a enfermeira não distingue o cuidado prestado ao paciente na condição de morte encefálica do atendimento feito aos outros pacientes na UTIs. Elas percebem que cuidar do paciente na condição de morte encefálica é tecnicamente mais fácil, visto que já esta estabelecida à condição de morte.

- CONSCIÊNCIA DA MORTE

As enfermeiras revelam que possuem consciência da presença da morte enquanto cuidam e deixam claro que não estão preparados emocionalmente para cuidar de paciente na condição de morte encefálica.

[...] eu não me sinto bem em prestar os cuidados. Quando eu descobro que está em morte encefálica [...]. (E.5)

*Percebo que os profissionais de saúde **não são formados para isso**, acham que têm que lidar **só com a vida**, acham que o paciente já está morto (...).(E.1)*

Na fala de E.5, podemos perceber que ela sofre ao prestar cuidados ao paciente na condição da morte encefálica.

A vivência de cuidar de paciente em morte encefálica, trazida na fala de E.1 revela que não sente capacitada para cuidar do paciente na condição de morte encefálica por considerá-lo morto. Atribui à formação voltada para lidar com a vida, e não com a morte, como empecilho para lidar com esses pacientes. Acredita que o estresse de cuidar desses pacientes é um peso emocional.

Os aspectos emocionais são os que mais pesam e que mais estressam o profissional na prática diária de cuidar dos pacientes na condição de morte encefálica.

*(...) **Para mim, a parte emocionalmente pesa mais que a parte técnica.**(...) **para gente eu considero estressante** [cuidar do paciente em morte encefálica]. (E.6)*

E.6 afirma que os profissionais de saúde não são preparados para lidar com esses pacientes. Muitos profissionais de saúde não se sentem preparados para lidar com o paciente na condição de morte encefálica, pois a condição de morte está na consciência da enfermeira, todavia, ela e a maior parte dos profissionais da saúde são formados para lidar

com a vida, principalmente, os profissionais da terapia intensiva, que, na sua prática diária, vivenciam a utilização de muitos métodos invasivos para salvar vidas.

Pela formação biológica, muitos profissionais desenvolvem, com maior ênfase, o lado técnico da assistência em detrimento do emocional.

Pelletier (1992) conclui ser necessário incluir, na formação das enfermeiras, conteúdos teórico-práticos relacionados às situações de perda, crise, estresse e formas de lidar com o desgaste, além de estímulos e condições a essas profissionais para que participem de grupos de apoio, nos quais possam compartilhar as suas experiências nessa área.

Sadala (2004) infere que o cuidado de enfermagem em relação ao paciente em morte encefálica, mantido em aparelhos para doação de órgãos constitui uma situação profissional que requer competência técnico-científica, bem como habilidade para lidar com situações que, muitas vezes, conflituam com as concepções tradicionais sobre o corpo humano e o cuidar.

Para Siqueira-Batista, os problemas clínicos e morais que se apresentam no dia-a-dia dos profissionais de saúde das UTIs são insuficientemente avaliados pela ética tradicional (hipocrática). Cabendo à bioética de proteção a indagação sobre o significado mais profundo de se viver e morrer dignamente e as ponderações acerca do momento em que é rompido o tênue limite entre salvar e agredir, entre cuidar e manter a “vida” de forma cega, irresponsável e com sofrimentos.

- MOTIVAÇÃO PARA CUIDAR

São expressos pelas enfermeiras dois lados do cuidar; de um lado, a morte revelada em morte encefálica e de outro, a vida, representado na perspectiva de doação dos órgãos, com a possibilidade de beneficiamento de outras pessoas doentes, que aguardam, na fila, pelo transplante.

Se a gente for pensar que várias outras pessoas vão se beneficiar dos órgãos desse paciente, a gente motiva. A gente pode até aceitar, se a gente pensar no além, nas outras vidas e tudo. (...) Eu tenho que pensar que aquele paciente está morto, mas que os

órgãos dele irão salvar mais de dez vidas. Se eu pensar desta forma, fica mais fácil para aceitar.(E.4)

*A maior facilidade é saber que pode ser um doador e, **quando ele é doador me dá um ânimo por saber que estou preservando órgãos, que podem trazer mais outras vidas, então a gente se bate muito em cima desta situação. O pouco que eu faço não é para ele, mas é para o outro. A motivação é essa de saber.(E.6)***

*(...) a motivação vez da doação, porque sou a favor da doação. **Quando eu penso que eu estou ajudando outra vida, fica mais fácil.(E.11)***

Para as enfermeiras E.4, E.6 e E.11 pensam que os órgãos que estão mantendo irão salvar outras vidas e assim sentem motivação para cuidar dos pacientes.

Podemos perceber que o cuidado é destinado à manutenção dos órgãos, que tem a intenção evitar a rápida deterioração dos perecíveis órgãos. É necessário controlar a quantidade de sangue e oxigênio que chega aos órgãos para que eles se mantenham viáveis para o transplante. O cuidado, então, na percepção global, não está sendo destinado ao paciente na condição de morte encefálica e, sim, ao potencial doador de órgãos, que, nos termos legais, são referenciados como semelhantes, porém, para quem cuida, a semântica é diferente. O potencial doador de órgãos representa vida.

Sadala (2004) afirma que o verdadeiro objeto do cuidado não é o paciente e, sim, outra pessoa, e não este corpo. Compreendo, então, numa perspectiva de cuidar de um objeto, que os órgãos, um material precioso, pois se destina a receber um tratamento técnico, cuidadoso, perfeito e impessoal.

Apesar do cuidado de enfermagem ao paciente na condição de morte encefálica, muitas vezes, centrar-se na manutenção dos órgãos, algumas enfermeiras mostram-se preocupadas com o tratamento humanitário dispensado ao paciente em morte encefálica e não como um doador de órgãos.

Eu gostaria que todas as pessoas tratassem o paciente em morte encefálica como um paciente e não como um objeto.(...) não só como um potencial doador. (E.6)

A fala de E.6 revela a preocupação com o tratamento dispensado ao paciente por suas colegas, por não concordar com o cuidado dispensado ao paciente.

A percepção das participantes como mantenedoras de órgãos para transplante, o cuidar de um paciente que não está mais vivo, angustia as enfermeiras.

*A gente está cuidando na realidade, para manter os órgãos. Isso para nós é muito difícil. Para a cabeça da gente em si, **porque a gente tem vontade de cuidar do paciente para ele melhorar. A gente não está cuidando, a gente está sabendo que o paciente está morto, a gente só está cuidando, na realidade, dos órgãos que vão ser transplantados em outra pessoa e isso é um conflito.** (E.4)*

No segmento da fala de E.4, emerge a angústia que sente ao enfrentar o conflito de cuidar dos órgãos do paciente na condição de morte encefálica para transplante, pois, para ela, o paciente está morto, não havendo mais a esperança de recuperação.

Com a condição de morte encefálica algumas enfermeiras vêem o cuidado relacionado à manutenção dos órgãos como cuidando de um objeto.

*Porque, para mim, ali já não existe mais nada. **Só existe para mim aquele corpo, aquela matéria, que não quer me dizer mais nada.**(E.5)*

*(...) eu estou cuidando de um óbito. Como se estivesse preparando um corpo. **Só dando uma rebuscada aqui outra ali para não ficar pior. Só isso.**(E.8)*

Para E.5 e E.8 cuidar do paciente na condição de morte encefálica representa apenas cuidar de um corpo, um material, não há interação emocional. E.8 é enfática ao afirmar que cuida de um óbito. Já E.6 não percebe seu trabalho como válido ao cuidar do paciente em morte encefálica.

Apreendo das falas de E.4, E.5, E.6 e E.8 que a angústia das enfermeiras no vivenciar o cuidado ao paciente na condição de morte encefálica parece estar associado à constatação da condição de morte, quando não se justifica manter o cuidado.

A utilização de recursos internos pelas enfermeiras para dificultar a tomada de consciência do cuidar do paciente na condição de morte encefálica é uma característica predominante.

Emocional é difícil à gente tenta bloquear um pouco, a gente tenta bloquear para não pensar tanto que o paciente está morto.(E.10)

A enfermeira E.10 utiliza recursos internos para diminuir a percepção de estar cuidando de um paciente que já está morto. Para ela a sensação de cuidar de uma pessoa que não está mais viva traz questionamentos sobre a função da enfermeira como provedora do bem. Fundamentado no princípio da beneficência que é considerado um princípio teleológico.

O princípio da beneficência é entendido como: *Faça bem aos outros*. Restringindo este princípio a ética biomédica ele não significa senão a obrigação do profissional da saúde de fazer todo o possível para garantir ou restituir a saúde ao paciente. (DALL'AGNOL, 2005)

O profissional da saúde tem o dever, estabelecido a partir do juramento hipocrático, de agir em benefício do paciente. Levando o descumprimento deste princípio em sanções legais.

- LIMITES PROFISSIONAIS

As enfermeiras questionam o seu agir e o agir de outros profissionais de saúde diante do cuidado e das condutas que são tomadas em relação ao paciente na condição de morte encefálica.

*O paciente está pronto para ir ao centro cirúrgico para doa. Então ele também está pronto para desligar os aparelhos, **porque você não pode ter uma conduta separada, para doador ou não.**(E.1)*

*(...) se não for doador, (...) é um paciente morto, (...) é um conflito emocional mesmo, nós **não estamos preparadas para isso**.(...) **a gente não tem preparo psicológico e emocional para aceitar isso**. (...) **nós ainda não estamos preparados psicologicamente**, todos os profissionais não só enfermagem, mas todos principalmente os médicos, eles se sentem assim, para um [médico] dar o atestado de óbito para um paciente desses é como se ele estivesse matando. Ninguém está preparado. (E.4).*

Emerge do segmento de fala de E.1 sua dualidade das condutas tomadas com o paciente na condição de morte encefálica, quando ele é doador de quando ele não é. Ela tem consciência do sentimento de justiça para efetuar seu agir.

A enfermeira E.4 é ainda mais explícita no relato do dilema, que surge da consciência de limites quando afirma que os profissionais de saúde não estão preparados para dar o diagnóstico de morte encefálica.

Cuidar da manutenção do paciente em morte encefálica com protocolo fechado e não doador é visto como parte da responsabilidade profissional.

*Quando o protocolo está fechado o paciente vai logo para doação, caso ele não seja doador, **a gente não pode desligar os aparelhos**, mantemos o paciente e vamos cumprindo a nossa rotina. (E.2)*

A enfermeira E.2 demonstra, no trecho da sua fala, que considera rotineiro cuidar do paciente com diagnóstico de morte encefálica concluído, do que não é doador de órgão e seu limite de agir quanto ao momento da morte.

Apreende-se que a manutenção do paciente com diagnóstico de morte encefálica na UTI, para manter os órgãos, é visto pelas enfermeiras como um cuidado que está associado à vida. Porém, cuidar do paciente em morte encefálica que não é doador é visto, por algumas enfermeiras, como um cuidado que gera conflitos e angústia, enquanto para outras é percebido como parte da rotina.

A manutenção do cuidado de enfermagem ao paciente com morte encefálica constatada ocorre por conta da conduta de alguns médicos que também encontram limites e não desligam os aparelhos após o fechamento do protocolo de morte encefálica.

As enfermeiras revelam os conflitos que vivem diante dos limites legais e éticos da sua profissão, por dependerem de outro profissional para resolver situações de conflito.

Eu não vejo como mudar isto. Não desliga as droga, nem os aparelhos.(...) médico nenhum desliga aparelho, o médico é o primeiro a não desliga. Ele assina diagnosticando a morte encefálica e não desliga os aparelho, então eu digo o senhor não confia no seu diagnóstico. E como é que fica a cabeça deste povo se o atestado de óbito é de hoje e só morreu daqui a três dias, é uma incoerência.(E.9)

(...) a gente está cuidando dos órgãos, mas até que ponto? (E.4)

Não desliga e o paciente fica um cadáver para a gente cuidar, limpar, dar todos os cuidados, então esse é o maior conflito que eu tenho (E.9)

Na fala da enfermeira E.9, percebemos que a mesma vive a angústia de estar diante dos limites profissionais, não concordar com a conduta e desconhecer recursos para mudar a realidade. Critica o médico em sua ação, trazendo um questionamento sobre o espaço de tempo registrado na constatação da morte encefálica e a definição de morte biológica.

A enfermeira E.4 questiona sobre os limites dos cuidados para a manutenção dos órgãos do paciente na condição de morte encefálica, sugerindo a necessidade de repensar o cuidado e a efetivação do protocolo.

E.9 ainda expressa sua indignação ao cuidar de uma pessoa morta, que é mantida na UTI por não serem desligados os aparelhos.

È dever e função do médico desligar os aparelhos que mantêm um individuo ao se constatar a sua morte encefálica. Legalmente, só é possível manter os aparelhos nessa condição com o objetivo de manter os órgãos para doação (BRASIL, 1997)

Há também um conflito no que diz respeito ao emprego ou à manutenção de recursos de alta tecnologia para casos em que não existe um prognóstico médico favorável. (Azevedo, 2002).

Dilemas assim não implicam unicamente no respeito à posição da família ou no receio de desligar os aparelhos, mas, sobretudo, no que é justo e adequado para cada caso, especificamente considerando-se a maioria dos casos em que, há uma possibilidade limitada de recursos de alta tecnologia e uma perspectiva concorrente de aumento da longevidade e, conseqüentemente, da possibilidade de que alguém que sofra de alguma

condição clínica grave venha a necessitar de aparelhos e técnicas sofisticadas de suporte vital avançado.

Siqueira-Batista (2005) reflete que merece, também, atenção a interface dos recursos utilizados com caprichos e condutas questionáveis, a pouca responsabilidade de se disponibilizar recursos já tão escassos para a manutenção de enfermos sem real possibilidade de restabelecimento. Assim agindo aumenta o sofrimento por muitas direções, atingindo em cheio à família, que observa imponente o calvário de um ente querido e os profissionais da saúde, que vivem a angústia pelas incertezas sobre a melhor forma de agir.

Manter a conduta dúbia diante do paciente em morte encefálica transparece aos olhos de quem acompanha o processo, a dúvida sobre o diagnóstico da morte encefálica e a vontade de que dizer não a doação manterá o parente sendo atendido e a esperança de uma recuperação ativa.

CATEGORIA 3 - DESCONFIANÇA SOBRE: ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE TRANSPLANTE E O AGIR DA EQUIPE

- AS ENFERMEIRAS REVELAM DESCONFIAR DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE TRANPLANTE

As enfermeiras, deste estudo, desconfiam do rigor das regras do sistema único de transplante, no qual há a uma lista nominal de pacientes que aguardam pelo transplante. A entrada na lista é por ordem de inscrição, sendo permitido, por lei, colocar algum paciente para encabeçar a lista, caso haja risco iminente de vida.

Tem a “tal da fila”, que eu acho um absurdo (...) ela pediu só uma das córneas e foi negada, resultado a família não doou nada, nada, (...) por conta da fila, (...). Não podia furar a fila, aquele ator(...), você acha que ele não furou a fila ? (...). Lógico que furou a fila !.(...) Podia abrir uma exceção. Enfim, é a lei do nosso país.(E.4)

E.4 revela-se indignada pelo fato de não ter sido concedida a doação de uma das córneas de um paciente em morte encefálica ao seu irmão, como era de desejo da família. E expressa também sua descrença na validade do rigor exigido, acreditando que, em

determinados casos, pode-se burlar este sistema, levantando dúvida sobre a rigidez no atendimento das normas.

A legislação da morte encefálica não é conhecida pelas enfermeiras, levando a avaliações equivocadas.

*Mesmo aqueles pacientes que estão com protocolo fechados à gente da o suporte básico, o **que é direito do paciente se ele não for fazer a doação.**(E.2)*

Na fala de E.2, fica claro que ela atribui como direito do paciente em morte encefálica o suporte básico que, por lei, não lhe está assegurado.

Está explícito ainda na fala das enfermeiras a descrença na rigidez do sistema único de transplante e o desconhecimento delas sobre a legislação de transplantes. A desconfiança pode interferir na atitude da enfermeira que, quando em contato com a família, pode deixar transparecer suas dúvidas e desconfianças para as mesmas. O sentimento de desconfiança somado aos receios que a família já possui, aumenta a descrença no sistema, no diagnóstico e na própria equipe de saúde.

O Brasil possui o maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo. O governo espera aumentar significativamente o número de doadores de órgãos e pretende, até 2007, zerar a fila de espera por uma córnea e reduzir à metade as filas por medula óssea e órgãos sólidos (rim, coração, pulmão, pâncreas e fígado). Atualmente, cerca de 63 mil pessoas aguardam por um órgão na lista de espera do Sistema Nacional de Transplantes (SNT). A comissão tem papel fundamental nesse processo, pois, em conjunto com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Sistema Nacional de Transplantes, faz a abordagem e entrevista familiar de solicitação e doação de órgãos e tecidos. Os funcionários de cada instituição devem receber educação continuada sobre os aspectos de doação e transplantes de órgãos e tecidos. (BRASIL, 2006)

A educação continuada sobre os aspectos de doação e transplante de órgãos está centrada nos profissionais que estão envolvidos diretamente com o processo de doação, como os membros das comissões inter-hospitalares de transplante. Muitos profissionais que trabalham diretamente com os pacientes na condição de morte encefálica e com suas famílias, mas não tem acesso às informações, e dessa forma desconhecem o rigor das

normas e dos critérios, inclusive a importância da fila única como forma de uma assistência equânime.

Kottow (2005) coloca que o Estado tem a função protetora, através de reguladores morais das ações públicas, sendo que estas devem ser realizadas dentro do marco da justiça que a sociedade possui. Deve-se entender a bioética da proteção inspirada na justiça que é universal, porém aplicada às necessidades específicas dos sujeitos susceptíveis.

Pegoraro (2005) conclui afirmando que uma instituição, no caso o Estado, é justa quando promove aos cidadãos aquilo que é justo para eles. As leis visam, sobretudo, a compatibilização da liberdade das pessoas. Para que todos sejam livres no seu agir subjetivo, é preciso que todos se submetam ao corpo de leis que regulam exatamente o exercício público da liberdade.

- A FAMÍLIA REVELA DESCONFIANÇA DO AGIR DA EQUIPE

Muitos familiares não confiam na equipe que está cuidando do seu parente na condição de morte encefálica na UTI.

*Nós tivemos vários problemas com essa família, (...) tínhamos que dar banho com a mãe e o pai ao lado, **porque eles não confiavam em deixar a gente sozinho com o filho deles.** (E.5)*

Para a enfermeira E.5 a família de um paciente na condição de morte encefálica não confiava em deixar a equipe sozinha com o parente. Porém à medida que os familiares convivem com as enfermeiras e presenciam o cuidado que é prestado por elas sentem-se mais confiantes, como pode ser visto na fala de E.6.

*Isso para mim irrita muito, **saber que não sou confiável aos olhos do cliente.** Os mais abastados são mais difíceis de lidar, eles não confiam em nós, **não confiam no serviço público. Nem o pobre nem o rico confiam.** Só depois de muitos dias que estão aqui, é que eles percebem o nosso trabalho, é que eles começam a adquirir confiança. (E.6)*

E.6 revela sua indignação com a desconfiança manifestada pela familiar do paciente, expressando que é difícil lidar com este sentimento, que ela atribui está ligada ao referencial que a sociedade tem do serviço público.

O trecho extraído do discurso da enfermeira E.6 demonstra que o sentimento de desconfiança a perturba, e revela que a família adquire confiança na equipe à medida que participa da rotina de convivência.

A relação estabelecida com a equipe da terapia intensiva será, muitas vezes, reflexo de contatos ocorridos anteriormente e em atendimento prestado antes da condição da morte encefálica.

A relação depende muito da forma que a pessoa foi tratada na chegada ao hospital, depende das circunstâncias que levaram a morte encefálica, da credibilidade que a família tem no serviço. Se a família é acompanhada e recebe explicações do quadro clínico do paciente, se as informações não têm contradição, se quando ele entra para visitar o paciente ele encontra o paciente arrumadinho, se ele não tem queixas anteriores do atendimento da emergência, do centro cirúrgico, ele aceita bem e confia, acredita e segue o fluxo normal [doação] Se não houve isso durante a internação a gente percebe sempre que a família quer ficar junto, não por amor ao paciente, mas por medo da equipe. Não entrega [os órgãos].(E.1)

Na fala da enfermeira E.1, está explícita a influência que a qualidade de atendimentos anteriores interferem na confiança que a família depositará na equipe da terapia intensiva.

E.1 lista aspectos que ela considera que a família atribui a credibilidade ao serviço e a relação com a equipe profissional e com o momento decisivo da internação.

A falta de confiança na equipe é refletida na negativa para doação de órgãos.

(...) quando a equipe comentou sobre doação a família toda reagiu, tivemos problemas muito graves nesse sentido, porque todos têm que está falando a mesma língua.(E.9)

A enfermeira E.9 desvela que a família diante da doação fica atenta à uniformidade das informações fornecidas pela equipe como fator de confiança da família. Caso ocorra discordância entre os profissionais os familiares reagiram contrariamente à doação.

O programa de transplante é um programa de saúde pública, subsidiado pelo estado, que tem responsabilidade de proteger os susceptíveis (KOTTOW, 2005). Considerando as famílias com parentes na condição de morte encefálica, cabe ao Estado a responsabilidade de estabelecer estratégias para proporcionar esclarecimentos à sociedade sobre a morte encefálica, transplante e doação de órgãos. Quando as ações em nível macro são eficazes, os dilemas morais que aparecem no micro espaço do cuidar, possivelmente, serão reduzidos.

6 REFLETINDO SOBRE OS DILEMAS MORAIS DAS ENFERMEIRAS EMERGENTES NA VIVÊNCIA COM AS FAMÍLIAS DOS PACIENTES NA CONDIÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

Após analisar as falas das enfermeiras, foram efetuadas algumas descrições sobre as questões morais encontradas. O cuidado às famílias dos pacientes na condição de morte encefálica dá-se de várias formas e por muitas nuances, em situações diversas. Pudemos observar que o cuidado prestado pelas enfermeiras da terapia intensiva aos pacientes na condição de morte encefálica e as suas famílias, refletem a formação profissional e moral desses profissionais.

Neste estudo apreendemos que o cuidado pelas enfermeiras é marcado por um parco preparo emocional. Essa característica está relacionada com a falta de capacitação para lidar com situações eticamente conflitantes. A lacuna nos conhecimentos éticos e morais que em muitos casos, tem origem na graduação e é propagada pelo, pouco, incentivo institucional.

Observamos que a dificuldade das enfermeiras para estabelecerem contato com as famílias passa pela dificuldade que as mesmas encontram em falar sobre a condição de morte. Apesar de enfermeiras e familiares estarem cientes do diagnóstico da morte

encefálica, nenhuma das partes fala sobre a condição de morte encefálica, permanecendo um silêncio cúmplice entre profissionais de enfermagem e os familiares.

Percebemos que as entrevistadas entendem, que fornecer informações à cerca dos cuidados de faz parte de sua responsabilidade diária. Não demonstram dificuldade em prestar esses esclarecimentos.

Fica claro neste estudo que, a alteridade é utilizada pelas depoentes como um método para entender os sentimentos vividos pelos familiares dos pacientes na condição de morte encefálica. Ao evitar falar na condição da morte encefálica com os familiares às enfermeiras o fazem, pois acreditam que esta estratégia poderá reduzir a dor da família. Tentativa de poupar os familiares.

Através da alteridade a enfermeira passa da posição de cuidadora para a posição de parente. Nos depoimentos fica claro que, ao ter conhecimento da história de vida do paciente, às enfermeiras transpõem-se para a condição de familiar, o que faz com que ela perceba sua própria finitude e a finitude dos próximos a ela. Essa suposição a faz sofrer, pois se perceber como pessoa que tem condição de vulnerabilidade.

Ao entender-se como vulnerável, através da alteridade, e perceber a susceptibilidade da família que tem sua autonomia comprometida pelas demandas das circunstâncias, as enfermeiras têm uma atitude protetora tentando criar um escudo protetor, pelo menos, dentro do seu espaço de cuidar.

Aprendemos que, as enfermeiras utilizam os princípios bioéticos na sua prática diária. Dentre esses, destacamos os mais utilizados que foram: autonomia, justiça, beneficência, alteridade e responsabilidade.

Percebemos que o contato com as famílias é limitado, por receio das implicações éticas e legais que podem surgir desse contato. As enfermeiras reconhecem que as famílias estão susceptíveis às informações que são transmitidas, desta forma tem receio do contato por não estarem seguras do que devem falar.

As enfermeiras observam que o conceito da morte encefálica não é aceito com facilidade pelas famílias e que estas se mostram inseguras a cerca do diagnóstico. Sendo esse fato determinado pelas seguintes circunstâncias: a ausência de sinais cadavéricos, ausência de parada cardiorrespiratória para constatar o óbito, receio do tráfico de órgãos e não confiança no sistema de transplante.

Percebemos que apesar de entenderem que as pessoas possuem opiniões diferentes sobre o mesmo aspecto e que estas devem ser respeitadas, as enfermeiras demonstram dificuldade em aceitar a decisão da família quando está diverge da sua própria opinião.

Os dilemas morais não escolhem local para acontecer nem os atores a serem envolvidos, eles simplesmente surgem nas relações entre os indivíduos. Diante dessas considerações, observamos nesse estudo que, as situações de cuidar das famílias dos pacientes na condição de morte encefálica desencadeiam dilemas que estão ligados ao agir da enfermeira.

É preciso estar preparada para as situações de dilemas que surgem na prática diária das enfermeiras, principalmente quando há confluência dos sentimentos profissionais com os sentimentos pessoais. Os dilemas exigem reflexão sobre o processo de tomada de decisão para que seja escolhido o caminho que cause menos danos.

A quantidade de problemas que surgem levam a enfermeira a verdadeiros impasses na busca de sua resolução. Apreendemos que as soluções desses problemas geram conflitos de valores entre o que a enfermeira acredita e o que ela teve fazer.

É importante destacar que os dilemas relacionados aos limites impostos pelo código de ética profissional trazem angústia e conflitos, pois as enfermeiras vivenciam situações que não têm autonomia para atuar.

A motivação para cuidar origina-se da possibilidade de transplantes de órgãos. A manutenção do potencial doador é vista como tecnicamente fácil e estimulante, pela possibilidade de viabilizar de qualidade de vida para outras pessoas. Antagonicamente, as enfermeiras também percebem o paciente em morte encefálica como morto, sem simbologia de vida e, sim, de tristeza e angustia.

Abstraímos que as depoentes não fazem distinção entre o cuidado técnico prestado ao paciente na condição de morte e os outros pacientes da unidade de terapia intensiva, consideram que o cuidado técnico é o mesmo prestado a outro paciente grave da UTI.

Observamos que parte das enfermeiras deste estudo, mesmo atuando em UTIs que recebem paciente em morte encefálica não conhecem e ou não confiam no sistema nacional de transplante. Elas expressam suas dúvidas no momento do contato com as famílias. Por outro lado as famílias também revelam não confiar no agir da equipe que está cuidando do seu parente, demonstrando isso na vigilância sobre os cuidados prestados pela equipe resultando, muitas vezes na negativa de doação.

Diante do exposto, compreendemos a importância da presença da enfermeira prestando cuidados às famílias dos pacientes na condição de morte encefálica, entendendo

que essa profissional tem a possibilidade de acolher as famílias na condição de susceptibilidade, agindo de forma a protegê-las, preservando e respeitando sua autonomia e decisão de um lado e de outro. Reduzem o sofrimento e auxiliam a família no encaminhamento da situação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao conhecer os dilemas morais das enfermeiras, vivenciados com as famílias dos pacientes na condição de morte encefálica, podemos percebê-los identificando-os e categorizando-os, visando compreendê-lo em sua essência e assim contribuir com alguns elementos que auxiliem a fundamentar a tomada de decisão do profissional de saúde nesse contexto.

Após esta análise e estas reflexões sobre os informes e conteúdos dos discursos, foram registrados algumas considerações sobre estes resultados e sua repercussão para a prática de enfermagem, em especial da enfermeira da terapia intensiva.

Foi possível apreender que, durante o processo de cuidar das famílias, a enfermeira fundamenta-se em princípios bioéticos essenciais para fins de resoluções dos problemas da prática. Embora esses princípios permeiem a ação da enfermeira, eles permanecem imersos nos discursos sem terem sido diretamente citados ou referenciados como fonte de reflexão. As enfermeiras deste estudo revelaram a utilização prática desses princípios, embora não tenham sido objeto deste estudo os princípios bioéticos ou o aprofundamento teórico filosófico sobre eles.

Percebemos que as enfermeiras expressam dificuldade para prestar o cuidado emocional às famílias e aos pacientes, pois referem resistência em falar sobre a morte pelo sofrimento que essa reflexão traz.

Foi possível aprender que as enfermeiras, deste estudo, não distinguem os dilemas morais dos outros problemas da sua prática diária, como também não compartilham seus dilemas com outros profissionais, guardando para si as reflexões e escolhendo decisões visualizando as consequências de forma isolada.

Compreendemos que todas as situações vivenciadas foram geradoras de problemas que tinham que ser resolvidos. As enfermeiras, também, expressam vivenciar dilemas durante o cuidar. Para elas esses se apresentaram nas mais variadas ocasiões.

Foi possível apreender que a enfermeira, em seu cotidiano, busca resolver os dilemas que implicam em tomar uma decisão que trará prejuízo para alguns e benefícios para outros em situações considerada por ela como difíceis, que exigem resposta e, mesmo que não existam opções integralmente benéficas, optando-se decidir pela menos maléfica.

As enfermeiras desvelaram, em suas falas a responsabilidade no cuidado às famílias dos pacientes durante as visitas, demonstraram ter consciência do respeito à autonomia da outra pessoa, porém na prática diária, sentem-se em conflito ao perceber que a ação do outro vai de encontro a seu pensar.

Apesar da morte estar presente no espaço diário de cuidar, as enfermeiras não consideram natural cuidar de alguém que está morto. Essa situação elas vivenciam como conflitos internos, que são compartilhados com outros membros da equipe na prática desse cuidar.

Apesar de não ser um consenso, às enfermeiras demonstraram conhecimento sobre alguns aspectos da legislação de transplante. Percebemos que aquelas enfermeiras que têm menos tempo de formação e de trabalho na terapia intensiva, não relataram muitos conflitos, sobretudo os do cuidar do paciente em morte encefálica e as com sua família, elas acreditam que o cuidado do paciente em morte encefálica é semelhante tecnicamente ao dos outros pacientes da terapia intensiva. Parece terem mais receio do contato com as famílias, talvez pelo fato de nesse pouco tempo de formação, terem suas atenções mais voltadas ao desenvolvimento das competências técnicas.

Aprendemos dos discursos que muitas enfermeiras se afastam do leito do paciente no momento da visita por não saber como lidar com essas famílias. Compreendemos que há uma preocupação com a formação técnico - científica por parte das enfermeiras e das instituições hospitalares para lidar com o paciente em morte encefálica, o potencial doador

de órgãos, todavia sem uma preocupação com os melindres éticos de cuidar desses pacientes e de suas famílias. A vivência com a família do paciente na condição de morte encefálica gera nas enfermeiras alguns conflitos internos, como o de contar, ou até, confirmar ou reafirmar uma má notícia.

Observamos que muitas enfermeiras se afastam do contato com as famílias para elas esse comportamento possibilita afastar-se do sofrimento, do choro, do embate, quando pensam que aquele paciente tinha uma vida, uma história e pertenciam a uma família.

Existem circunstâncias que o contato só existe quando o familiar chama o profissional para tirar dúvidas, revelando a pouca iniciativa do profissional em cuidar das famílias dos pacientes em morte encefálica, seja falta de tempo e de vontade, uma vez que se sentem vulneráveis ou, até, pouco preparadas para isso.

Acreditamos que o esclarecimento à sociedade sobre a morte encefálica, doação e transplante de órgãos pode ajudar a dirimir as dúvidas que possam existir sobre o processo de doação auxiliando as famílias no momento de decidir sobre a doação.

A partir do exposto, relaciono algumas sugestões como contribuições deste trabalho

- Realização de cursos de educação continuada, proporcionados pelas instituições hospitalares, para capacitar o profissional sobre os aspectos éticos, legais e técnicos que envolvem a morte encefálica.
- Formação de grupos de ajuda com psicólogos para estimular a verbalização das situações de dilemas vividos no dia-a-dia.
- Formação de grupos de estudo sobre aspectos bioéticos, focando a contextualização do ambiente através de um marco que reflita sobre o agir profissional.
- Campanhas imparciais, constantes e didáticas de esclarecimento para a sociedade sobre morte encefálica, transplante e doação de órgãos.

Entendemos que há muito para ser pesquisado sobre a temática. Outros aspectos que podem ser exploradas e aprofundadas. Este trabalho trouxe a visão dos seus pesquisadores sobre os dilemas morais das enfermeiras emergentes no cuidar das famílias dos pacientes na condição de morte encefálica.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). Legislação. Disponível em : <http://www.abto.com.Br/legislação/frm.htm>>acessado em 05. abril. 2003.

_____ Registro brasileiro de transplantes, vol.3, n.4, p.41-6, 2004.

ALMEIDA, K. C. de ; et al. Doação de órgãos e bioética: construindo uma interface. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 18-23, 2003.

ANAMI, E. H. T. Implicações éticas do conceito de morte encefálica. In: SIQUEIRA, J. E; PROTA, L; ZANCANARO, L. (Orgs). **Bioética: estudos e reflexões**. Londrina, UEL, p.78-92, 2000.

AZEVEDO, M. A.. O. de. **Bioética Fundamental**. Porto Alegre. Ed. TOMO, 2002.

BARCIFONTAINE, C. P; PESSINI, L. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo. Edições Loyola,1991.

BEAUCHAMP, T; CHILDRESS, J. F. The principle of autonomia. In: **Principles of Biomedical Ethics**. New York: Oxford University Press, 1979.

BELLATO, R; GAIVA, M. A. M. A cidadania e a ética como eixos norteadores da formação do enfermeiro. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília , v. 56, n. 4, p. 429-432, 2003.

THE BELMONT REPORT: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1978

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. Critérios para a Caracterização de Morte Encefálica. Lei nº 9434/97. 1997 b. Acessado em 2005. Disponível em <http://www.Critérios%20para%20Caratretização%20Morte%20Encefálica.htm>

BRASIL, Decreto 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamentação da Lei 9434/97. 1997 a. Acessado 2005. Disponível em <http://www.decreto%20268-97%20regulamenteção%20transplante.htm>

BRASIL, Lei 10.211, de 23 de março de 2001. Acessado 2005. Disponível em <http://www.lei%2010211%20alteração%20da%20lei%20de%20transplantes.htm>

BRASIL, LEI n.10.406, de 10 de janeiro de 2002: dispõe sobre o código civil. São Paulo, Saraiva, 2002.

BRASIL, LEI n. 10.241, de 11 setembro de 1999: dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, março, seção 51:1, 1999.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Nacional de Transplante. Acessado em 20 de abril de 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/>

BOEMER, M. R; SAMPAIO, M. A. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. **Revista Latino-americana enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, n.2, p. 33-38, 1997.

BRAZ, M. Bioética, Proteção e diversidade Moral: Quem protege quem e contra o quê na ausência de um referencial moral comum? In SCHRAMM, F. R; REGO, S; BRAZ, M; PALÁCIO, M. (Org). **Bioética, riscos e proteção**. Rio de Janeiro. Ed UFRJ, 2005 (p. 29-39)

CICCIONE, M. **Bioética dos transplantes**. 2ed. São Paulo, Atlas S.A, 1999.

COLLIERE, M. F. **Promover a vida**. 3 ed. Lisboa, Lidel, 1999

CORREIA, F. A. **A alteridade como critério fundamental englobante da bioética**. 1993. 239p, Tese, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de janeiro, Ed. Graal, 1983.

DALL'AGNOL, D. **Bioética**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2005.

DOMINGOS, C. B. **Seção de Enfermagem em Emergência:** emergência de dilemas. 2002.128 F. Dissertação, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado.** Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1997.

ELSEN, I; et al. **Um marco conceitual para o trabalho com famílias.** Florianópolis: GAPEFEM, UFSC, 1992

FABBO, L. **Limitações jurídicas à autonomia do paciente.** Bioética, v.7, n. 1, pg. 7-12. 1999

FREITAS, G. F; OGUISSO, T. Ocorrências éticas na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v.56, n.6, p.637-639, nov/dez, 2003.

GARCIA, D. Procedimento de decision em ética clínica. In: Congresso de Bioética da América Latina e Caribe, 1, São Paulo, 1995.

GARCIA, V. D. **Por uma Política de transplantes no Brasil.** 1 ed. São Paulo. Office, 2000.

GARRAFA, Volnei. Apresentando a Bioética. Disponível em:
<<http://www.sbbioetica.org.br/docs/2.pdf>> Acessado em 12 de dezembro de 2005

GERMANO, R. M. **A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil.** São Paulo. Cortez, 1993.

GOLDIM, J. R. Vulnerabilidade e Pesquisa, aspectos éticos, morais e Legais. 2001. Acessado 2004. Disponível em:

<http://www.bioetica.ufrgs.br/vulnepes.htm>

_____ Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia. 2004. Acessado em 2006. Disponível em:

<http://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm#autonomia>

GUERARDI, C. Muerte cerebral: uma mirada crítica y reflexiva. Disponível, em:
<<http://www.medicosecuador.com>> Acesso em 17 de agosto de 2004

GUILHEM, D; DINIZ, D. **O que é bioética.** São Paulo, Brasiliense, 2002.

GUIMARÃES, M. C. S; NOVAES, S. C. Autonomia Reduzida e Vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. 1998. Acessado 2004. Disponível em:

<http://www.institutomedicinatropical.fmusp.br>

HENZEZEL, M. DE; LELOUP, J.Y. **A arte de morrer:** Tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. 8 ed. Petrópolis. Editora Vozes, 2005

KOVACS, Maria Julia. **Bioética nas questões da vida e da morte.** *Psicol. USP*, 2003, vol.14, no.2, p.115-167. ISSN 0103-6564.

KOTTOW, M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In SCHRAMM, F. R; REGO, S; BRAZ, M; PALÁCIO, M. (Org). **Bioética, riscos e proteção.** Rio de Janeiro. Ed UFRJ, 2005 (p. 29-39)

_____ **Introducción a la bioética.** Editorial Universitaria, Santiago, 1995.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer,** , São Paulo, Martins Fontes, 1987,

MARQUIS, B. L; HUSTON, C. J. **Administração e Liderança em Enfermagem:** teoria e aplicações. 2 ed. Porto alegre, Art médica, 1999

MARTINS, J; BICUDO M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia:** fundamentos e recursos básicos. 2. ed. São Paulo, Ed Moraes, 1994.

MORI, M. A bioética: sua natureza e história. **Revista Humanidades**, v.9, n.4, p. 332-3341, 1994.

MORRIN, E.H. Philosophy lessons from the clinical. Setting: seven sayings that used to annoy me. **Theoretical Medicine.** v.7, p. 47-63, 1986.

MUTO, E; NARLOCH, L. Uma nova morte. **Revista Super Interessante.** São Paulo. Edição 221, dez. p. 46-55. 2005.

OLIVEIRA, A. A. S. de. Anencefalia e Transplante de Órgãos. **Revista Brasileira de Bioética.** v. 1, pg 61 – 74, 2005.

PASSOS, E. **Ética nas organizações: uma introdução.** Salvador, Ed. Passos e Passos. 2004.

PEDRO, A; LIZÂNIAS, de S. L. História da Civilização Ocidental. 2 ed. São Paulo, FTD, 2005.

PEGORARO, O. A. Justiça como Cuidado. In SCHRAMM, F. R; REGO, S; BRAZ, M; PALÁCIO, M. (Org). **Bioética, riscos e proteção.** Rio de Janeiro. Ed UFRJ, 2005 (p. 29-39)

PELLETIER, M. The organ donor family members' perception of stressful situation during the organ donation experience. **J. Adv. Nurses**, v.17, n.1, p.90-97, 1992

PEREIRA, W. **Manual de transplante de órgãos e tecidos.** 2.ed. Rio de Janeiro. Ed Medsi, 2002.

PERROT, M.O. **Nó e o Ninho: reflexões para o futuro.** Rio de Janeiro. Ed Abril, 1993.

PETTENGIL, M. A. M. **Vulnerabilidade da família:** desenvolvimento do conceito. 2003.153F, Tese, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PESSINI, L; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas Atuais de Bioética**. São Paulo. Ed Loyola, 2005.

_____ **Fundamentos da Bioética**. São Paulo. Ed Paulus, 1996.

PIANETTI FILHO, G. Diagnóstico da morte cerebral. In: Alves, J. (Org). **Bioética**. 2.ed. São Paulo, Fumarc, p.182-188, 2001

POLIT, D. F; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 2 ed. Porto Alegre. Ed. Artes Médicas, 1995.

REICH, Warren. **Encyclopedia of Bioethics**. V.1, p. XIX, 1978.

RIBEIRO, A; ERDTMANN, B.K; NITSCHKE, R. G. A excêntrica família de Antônia: imagens da família contemporânea. **Texto Contexto Enfermagem**, v.12, n.3, p.377-82, jul./set. 2003.

RIBEIRO, M. S. **A questão da família na atualidade**. Florianópolis. JOESC, 1999.

LOPES, M.H. I; FRANCISCONI, C. F. Sobre questões éticas da morte e do morrer, no enfoque de Robert M. Veatch. In CLOTET, J. (Org). **Sobre Bioética e Robert M. Veatch**. Porto alegre, Edipucrs, 2001

SÁ, A. L. de. **Ética profissional**. 4 ed. São Paulo. Ed. Atlas, 2001.

SADALA, M. L. A. Doação de órgãos: a experiência de enfermeiros, médicos e familiares de doadores. São Paulo. Ed UNESP, 2001.

_____ A experiência de doar órgãos na visão de familiares de doadores. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.23, n.3, p.143-51. 2004.

SANTA ROSA, Darci de Oliveira. **Compreensão do significado da responsabilidade profissional da enfermeira à luz da análise existencial de Viktor Frankl**. 1999.Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP: 1999. 219f.

SANTOS, L. C. G. dos. **Necessidades de Familiares da Pessoa Internada em UTI**: uma perspectiva compreensiva para a humanização do cuidar. 1998.115F, Tese, Escola Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal Rio de Janeiro.

SANCHES, M. A. **Bioética**: Ciência e transcendência. Ed Loyola. São Paulo, 2004.

SCHRAMM, F. R. Morte e Finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. **Revista brasileira de Cancerologia**. v.48, n.1, p. 17-20, 2002.

_____ A Moralidade da Biotecnociência: a bioética da proteção pode dar conta do impacto real e potencial das biotecnologias sobre a vida e/ou a qualidade de vida das pessoas humanas. In SCHRAMM, F. R; REGO, S; BRAZ, M; PALÁCIO, M. (Org). **Bioética, riscos e proteção**. Rio de Janeiro. Ed UFRJ, 2005 (p. 29-39)

SGRECCIA, E. **Manual de Bioética. Fundamentos e ética biomédica.** 2.ed. São Paulo. Ed. Loyola, 2002.

SIQUEIRA-BATISTA, R. A Ressurreição de Frankenstein: uma metáfora das unidades de terapia intensiva contemporâneas. In SCHRAMM, F. R; REGO, S; BRAZ, M; PALÁCIO, M. (Org). **Bioética, riscos e proteção.** Rio de Janeiro. Ed UFRJ, 2005 (p. 29-39)

STAMM, M; MIOTO, R. C. T. Família e Cuidado: uma leitura para além do óbvio. **Ciência, Cuidado e Saúde.** Maringá, v.2, n.2, p.161-168, jul./dez., 2003.

TREVIZAN, M. A; et al. Ethical aspects concerning nurses managerial activity. **Revista Latino-Americana de Enfermagem (on line).** v.10, n.1, p.85-89. jan. 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>

TREVIZAN, M. A; MENDES, I. A. C. Perspectives of participative management in nursing. **Applied Nursing Research.** v.8, n.4, p. 156-159, 1995.

THOMPSON, I. E; MELIA, K. M; BOYD, K. M. **Nursing Ethics.** Newyork. churchill Livigstone, 1983.

TEIXEIRA, S. de F. **Direito de família e do menor.** Belo Horizonte, Del Rey, 1993.

VÁSQUEZ, A. S. **Ética.** 25 ed. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2004.

VENOSA, S. de S. **Direito civil: direito de família.** São Paulo. Atlas S.A, 2003.

VELAME, M. A. da S. **Cuidando na doação de órgãos:** o sentido existencial da enfermeira diante do potencial doador. 2004. 291 F. Dissertação, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador – Bahia.

WALDOW, V. R. **O Cuidado na Saúde:** as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Rio de Janeiro. Ed. Vozes, 2004.

ZADHAFT, S. **Morte e formação médica.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997

ANEXO A**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Você deve ler atentamente todas as informações deste termo e somente assinar se concordar com todos os itens. Sua participação é voluntária, a qualquer momento que desejar poderá sair da pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo ou dano de qualquer natureza.

Os critérios de escolha para seleção dos participantes para pesquisa foram:

- A) Ser enfermeiro
- B) Trabalhar na unidade de terapia intensiva por no mínimo 5 (cinco) anos prestando cuidados a pessoas na condição de potenciais doadores de órgãos e tendo contato com suas famílias.

Esta pesquisa tem o título de desenvolvida pela estudante do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, a aluna Simone Cardoso Passos de Carvalho, que tem com orientadora a Prof^ª Dr^ª Darcy de Oliveira Santa Rosa. Os objetivos desta pesquisa são compreender os dilemas morais da enfermeira emergentes no cuidar da família com parentes na condição de potencial doador de órgãos e a elaboração de um plano de ajuda para os profissionais de enfermagem que vivenciam dilemas éticos na sua prática diária cuidando dos familiares com parentes na condição de potenciais doadores de órgãos.

Para realização desta pesquisa serão feitos contatos de aproximação com os participantes e, posteriormente agendaremos o horário da entrevista de forma que melhor convenha aos participantes. Será solicitada autorização dos participantes para gravar as entrevistas. A finalidade da gravação é registrar integralmente as falas dos entrevistados. Será reservada uma sala para realização das entrevistas, a fim de procurar preservar a

privacidade do entrevistado e estabelecer um ambiente calmo e acolhedor... O conteúdo das gravações será transcrito pela própria pesquisadora, de forma a assegurar a fidedignidade das informações e o anonimato do participante. Todas as informações somente serão utilizadas para fins científicos. A pesquisadora compromete-se formalmente, a quando divulgar os resultados da pesquisa garantir o sigilo e a confidencialidade dos participantes, através da utilização de pseudônimos, não divulgando nomes ou qualquer outro tipo de informação que possa identificar o participante.

A pesquisadora responsável é a mestrandia Simone Cardoso Passos de Carvalho. Telefone para contato: residencial : (71) 3336/6281, comercial : (71) 3399/6501 e celular (71) 9975-4863.

Eu _____
_____ declaro que aceito participar desta pesquisa após ter lido e estar completamente ciente e esclarecida.

PARTICIPANTE DA PESQUISA

PESQUISADORA

ORIENTADORA

Salvador, ____ de _____ de 2005

CÓDIGO: _____

ANEXO B

Roteiro da Entrevista

1- Questão de identificação:

Nº da entrevista: Data: Local:

Idade:

Tempo de formação:

Tempo que trabalha em UTI:

Sexo:

Religião:

2- Questões de aproximação com tema:

1º) Você tem tido oportunidade de prestar cuidados a pacientes em morte encefálica?

2º) Considerando seu preparo técnico-científico como você se sente prestando cuidado de pacientes em morte encefálica (discorra sobre suas dificuldades, facilidades, limitações, motivação e outros aspectos)?

3º) Como você se sente emocionalmente prestando cuidados ao paciente em morte encefálica?

4º) Como você se sente emocionalmente prestando cuidados a família do paciente em morte encefálica?

5º) Na sua prática já emergiu algum dilema moral ao cuidar da família dos pacientes em morte encefálica? Poderia me descrever um deles?

6º) Você quer colocar mais alguma coisa?

ANEXO C

PERFIL DAS ENFERMEIRAS

Número total de enfermeiras: 22 enfermeiras

Número de entrevistadas	Não quiseram participar da pesquisa	Não atendia ao perfil pré-determinado para tempo de formação	Enfermeiras de assistência e integrantes da comissão de doação de órgãos.
11 enfermeiras	03 enfermeiras	06 enfermeiras	02 enfermeiras

Perfil dos Colaboradores

Identificação	Categoria	Idade	Sexo	Tempo de formação	Tempo de UTI	Religião
E.1	Enfermeira	42 anos	Feminino	19 anos	19 anos	Não tem
E.2	Enfermeira	41 anos	Feminino	15 anos	12 anos	Católica
E.3	Enfermeira	42 anos	Feminino	18 anos	11 anos	Católica
E.4	Enfermeira	33 anos	Feminino	10 anos	9 anos	Espírita
E.5	Enfermeira	38 anos	Feminino	6 anos	6 anos	Não tem
E.6	Enfermeira	43 anos	Feminino	17 anos	9 anos	Católica
E.7	Enfermeira	27 anos	Feminino	3 anos	2 anos	Católica

E.8	Enfermeira	36 anos	Feminino	5 anos	4 anos	Católica
E.9	Enfermeira	52 anos	Feminino	27 anos	7 anos	Católica
E.10	Enfermeira	28 anos	Feminino	3 anos	2 anos	Não tem
E.11	Enfermeira	40anos	Feminino	13 anos	12 anos	Espírita

APÊNDICE A

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

Res. CFM nº 1.400 08/08/1997

NOME:

PAI:

MÃE:

IDADE: ____ ANOS ____ MESES ____ DIAS DATA DE NASCIMENTO
 __/__/__

SEXO: M F RAÇA: A B N Registro Hospitalar:

A - CAUSA DO COMA

A.1 – Causa do Coma:

A.2 – Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame

- a) Hipotermia () SIM () NÃO
 b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central () SIM () NÃO

Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

B. EXAME NEUROLÓGICO – Atenção verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas constantes da tabela abaixo:

IDADE	INTERVALO
7 dias a 2 meses incompletos	48 horas
2 meses a 1 ano incompleto	24 horas
1 ano a 2 anos incompletos	12 horas
Acima de 2 anos	6 horas

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções SIM/NÃO obrigatoriamente, para todos os itens abaixo)

Elementos dos exames neurológico

Resultados

	1º exame		2º exame
Coma Aperceptivo	() SIM	() NÃO	() SIM () NÃO
Pupilas fixas arreativas	() SIM	() NÃO	() SIM () NÃO
Ausência de reflexo córneo palpebral	() SIM	() NÃO	() SIM () NÃO

Ausência de reflexo oculocefálicos	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO
Ausência de respostas às provas calóricas	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO
Ausência de reflexo de tosse	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO
Apnéia	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO

C. ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS – (Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante.

1. PRIMEIRO EXAME DATA: ___/___/___ HORA: _____ NOME DO MÉDICO: _____ CRM: _____ FONE: _____ END.: _____ ASSINATURA: _____	2. SEGUNDO EXAME DATA: ___/___/___ HORA: _____ NOME DO MÉDICO: _____ CRM: _____ FONE: _____ END.: _____ ASSINATURA: _____
---	--

D. EXAME COMPLEMENTAR – Indicar o exame realizado e anexar laudo com a identificação do médico responsável

1. Angiografia cerebral	2. Cintilografia Radiolotópica	3. Doppler Transcraneano	4. Monitorização da pressão intracraniana	5. Tomografia Computadorizada com xenônio
6. Tomografia por emissão de fóton único	7. E.E.G	8. Tomografia por emissão de positrões	9. Extinção Cerebral do Oxigênio	10. Outros (citar)

E. OBSERVAÇÕES:

I. Para o diagnóstico de morte encefálica, interessa exclusivamente a reatividade supraespinal. Conseqüentemente, este diagnóstico não é afastado através da presença de sinais de reatividade infraespinal (atividade reflexa medular), tais como: reflexos osteolondinosos (reflexos profundos), cutâneos-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

2. Prova Calórica

2.1 – Deve-se certificar que não há obstrução do canal auditivo por cerúmen ou qualquer outra condição que dificulte a correta realização do exame.

2.2 – Usar 50 ml de líquido (soro fisiológico, água, etc), em torno de 0°C em cada ouvido.

2.3 – Manter a cabeça elevada em 30 (trinta) graus durante a prova.

2.4 – Constatar a ausência de movimentos oculares.

3 – Teste da Apnéia

No doente em coma, o nível sensorial de estímulo para desencadear a respiração é alto, necessitando-se elevar a pCO₂ até 55mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região ponto-bulbar ainda esteja íntegra. A prova da apnéia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:

3.1 – Manter o paciente no respirador com Fi O₂ a 100%, por 10 minutos.

3.2 – Desconectar o tubo do respirador.

3.3 – Instalar cateter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto.

3.4 – Observar o surgimento de movimentos respiratórios por 10 minutos, ou até atingir $p\text{CO}_2 = 55$ mmHg.

4 –O exame clínico deve ser acompanhado de um exame complementar, que demonstre a ausência de circulação sanguínea intracraniana, atividade elétrica ou atividade metabólica cerebral. Observar o disposto abaixo (itens 5 a 6), com relação ao tipo de exame e faixa etária.

5 – Em pacientes com dois anos ou mais, fazer 1 exame complementar entre os abaixo mencionados:

5.1 – Atividade circulatória cerebral: angiografia, cintilografia radioisotópica, doppler transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, SPECT.

5.2 – Atividade elétrica: eletroencefalograma

5.3 – Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.

6 – Para pacientes abaixo de 02 anos:

6.1 – De 1 ano a 2 anos incompletos: o tipo de exame é facultativo. No caso de eletroencefalograma, são necessários 2 registros com intervalo mínimo de 12 horas.

6.3 – De 7 dias a 2 meses de idade (incompletos); dois eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas.

7 – Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste termo de declaração deve obrigatoriamente ser enviada ao órgão controlador estadual (Lei 9.434, art. 13).

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)