

CUIDANDO DA PESSOA COM MORTE ENCEFÁLICA – EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Caring for brain dead patients – the experience of nursing staff

Flávia Alves Condé Pires Guelber¹, Edson José de Carvalho Magacho², Sonia Maria Dias³, Teresa Cristina Soares³

RESUMO

Objetivo: Compreender a experiência da equipe de enfermagem em relação aos cuidados prestados aos potenciais doadores de órgãos em morte encefálica; verificar se a condição de morte encefálica interfere no cuidado prestado pela equipe de enfermagem e descrever os significados que a vivência desse cuidado traz para a vida desses profissionais. **Métodos:** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, cujos dados foram coletados em uma instituição de saúde que realiza notificação de morte encefálica de potenciais doadores de órgãos e tecidos. Foram desenvolvidas dez entrevistas semi-estruturadas à equipe de enfermagem que atua na UTI, gravadas em mp3, sendo os dados analisados a partir da análise dos discursos. **Resultado:** Emergiram três categorias de análise: dificuldade em lidar com a morte, cuidando bem do corpo; continuidade da vida e o papel da equipe de enfermagem no processo de doação de órgãos. Verificou-se que os profissionais saem da graduação despreparados para lidar com a morte e que pode haver certa carga de estresse durante o processo de cuidar do paciente em morte encefálica. **Conclusão:** Cuidar de um paciente em morte encefálica esbarra em questões éticas, morais e espirituais, que envolvem o profissional no empenho de seu trabalho, cujo objetivo é dar continuidade à vida no corpo de outra pessoa.

Descritores: Morte Encefálica; Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Assistência; Experiência de Vida

INTRODUÇÃO

Atualmente, o transplante de órgãos constitui uma alternativa terapêutica segura e eficaz no tratamento de diversas doenças, melhorando a qualidade e a perspectiva de vida de muitos pacientes.

A realização dos transplantes é regulamentada pela lei 9.434 de 1997 e pela lei 10.211 de 2001, as quais dispõem sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. O artigo 3º do capítulo II da lei 9.434 dispõe sobre a retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento. Essa retirada deverá ser precedida do diagnóstico de morte encefálica (ME), constatada e registrada por dois médicos que não façam parte das equipes de remoção e transplante, utilizando critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.^{1,2}

Para iniciar a avaliação de um possível doador de órgãos e tecidos, deve-se realizar uma cuidadosa revisão da sua história clínica e social e exame físico, com atenção especial a sinais de malignidade, trauma e comportamento de risco.³

O diagnóstico de ME deverá ser seguido de manutenção prolongada do corpo, através de ventilação mecânica e outras medidas que possibilitem a doação dos órgãos.⁴

Nesse contexto, o cuidado com o doador de órgãos e tecidos em ME é assinalado como um cuidado muito especial, colocando o profissional em uma situação particular ligada aos extremos da vida: início e fim.⁵

Instituições:

¹ Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

² Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

³ Departamento de Enfermagem Aplicada da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Correspondência:

Flávia Alves Condé Pires Guelber.

Rua Coronel Cristovão de Andrade, 15 / 102, CEP 36062-440, Juiz de Fora/MG

Tel.: (32) 3212-9322

Email: flavinha.conde@yahoo.com.br

Recebido em: 11.05.2011

Aceito em: 20.06.11

Resguardar o potencial doador de órgãos e tecidos consiste na manutenção hemodinâmica deste, portanto, o enfermeiro de terapia intensiva deve conhecer as alterações fisiológicas decorrentes da ME, para que, junto com a equipe médica, possa conduzir o manuseio adequado do potencial doador de órgãos e tecidos.⁴

Um único doador pode beneficiar mais de dez pacientes, entretanto as listas de espera vêm se ampliando a cada dia devido à escassez de órgãos. A manutenção inadequada do potencial doador de órgãos e tecidos representa um dos principais motivos dessa escassez e, conseqüentemente, da não ocorrência da doação de órgãos no Brasil.^{4,6,7}

Um estudo realizado em 2007 demonstrou que o paciente em ME recebia menos cuidados, sendo as atenções direcionadas aos pacientes potencialmente recuperáveis. Dessa forma, o paciente em ME, potencial doador, recebe menos atenção e, possivelmente, uma manutenção inadequada, o que se constitui na segunda causa da não efetivação da doação de órgãos no Brasil.⁷

Cuidar do paciente em ME, considerado clinicamente morto, mas com características de uma pessoa com vida, é uma questão intrínseca ao processo de doação de órgãos. Isso nos leva a refletir sobre a relação do profissional com o doador de órgãos e tecidos, acerca do significado da pessoa humana, uma vez que o potencial doador deverá ser conduzido e manuseado com o mesmo empenho e dedicação que requer qualquer outro paciente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).^{4,6,7}

O enfermeiro que cuida do paciente em ME vivencia a morte e o morrer em seu cotidiano, o que pode despertar-lhe sentimentos em relação à sua própria finitude. Provavelmente, esse profissional venha a pensar com frequência em sua própria morte ou na do outro.

Esse profissional vê-se diante de um dilema, pois ao mesmo tempo em que dedica parte de seu trabalho cuidando de uma pessoa morta, em detrimento de outros pacientes com possibilidade de recuperação, está possibilitando a vida para aqueles que aguardam na fila de espera.⁶

O cuidado dispensado ao paciente morto não significa que o enfermeiro consiga lidar melhor com as questões da finitude humana. Classificar a morte como algo natural pode ser uma forma do profissional tentar preservar-se de um possível sofrimento que esse convívio possa gerar. Para alguns autores, compreender a morte como algo natural é uma forma de fugir dos próprios sentimentos, minimizando a sensação de impotência ao vivenciar a morte do outro.⁶

Os profissionais de saúde são ensinados a cuidar da vida, mas não da morte. Esse fato é comprovado ao se analisar a grade curricular da maior parte dos cursos de formação de profissionais da saúde, os quais não possuem uma disciplina curricular que trate do assunto de forma não defensiva e biologicista. Essa realidade faz com que a morte torne-se um evento que incomoda e desafia a onipotência humana e profissional.⁸

O sentimento de fracasso que estudantes e profissionais sentem diante da morte de um paciente não é atribuído exclusivamente à falha dos cuidados empreendidos, mas a uma derrota diante da morte e da missão implícita das profissões em saúde: salvar o indivíduo, minimizar sua dor e seu sofrimento, trazê-lo à vida. Essa dificuldade em lidar com a finitude do outro se deve ao despreparo acadêmico, à dificuldade em discutir o assunto e à não aceitação da morte como parte da vida.⁹ Essa situação está vinculada ao contexto sociocultural e ideológico no qual a formação dos profissionais de saúde está inserida, no caso, o contexto do mundo ocidental.¹⁰

A morte para o homem ocidental moderno passou a ser sinônimo de fracasso, impotência e vergonha. Tenta-se vencê-la a qualquer custo e, quando tal êxito não é atingido, ela é escondida e negada.¹¹

Ao cuidar do doador de órgãos e tecidos, o profissional vivencia o sofrimento da família e a finitude do outro. Em um primeiro

momento, essa aproximação com a morte é acompanhada de negação e ausência de sentimentos acerca da situação, por parte dos profissionais, na tentativa de se preservarem. Entretanto, após o término do processo de doação, apresentam-se aliviados e confortados quando tudo termina bem.⁶

O foco da equipe ao cuidar do paciente em ME é na manutenção hemodinâmica deste, em função dos benefícios que ele irá trazer a outra pessoa. A partir daí, busca sentido no que faz, tentando driblar os dilemas vivenciados, os quais muitas vezes fazem seu trabalho perder sentido.⁶

Este estudo visa compreender os significados que a equipe de enfermagem atribui ao processo de cuidar do doador de órgãos e tecidos.

A busca por essa compreensão remete-se ao anseio de compreender as relações entre o cuidador e o doador de órgãos e tecidos. A questão principal que nos inquietou foi tentar apreender como é desempenhar profissionalmente a função de cuidar de um paciente que está morto e de cuidar do outro, sendo que esse outro já não existe mais, mas ainda necessita receber cuidados para a manutenção de seus órgãos.

Portanto, o objeto desse estudo é o cuidar, entendido como elemento inerente ao processo de trabalho da equipe de enfermagem. Esse elemento possui objetivos diferentes quando se trata de pacientes vivos e de pacientes em ME. No primeiro, o objetivo é a cura, a qualidade de vida, o alívio da dor e do sofrimento; já com o paciente em ME - potencial doador de órgãos e tecidos - não se busca mais nada, pois ele está em processo de doação do próprio corpo, portanto, o objetivo é a preservação dos órgãos para doação.

A perspectiva é entender o cuidado ao paciente em ME, potencial doador, como algo inerente ao processo de transplante. A manutenção desse paciente, considerado clinicamente morto, mas com características de uma pessoa viva, faz-se necessária para uma conservação adequada dos órgãos a serem doados. Esse fato corrobora o elo existente entre o cuidar e o processo de transplante.

A assistência prestada pela equipe de enfermagem ao paciente em ME possui grande relevância na manutenção dos órgãos a serem doados para os pacientes que estão nas filas de espera e que serão beneficiados pela doação. Entretanto, a assistência prestada ao paciente em ME pode ser realizada de maneira inadequada, acompanhada de estresse e de grande sofrimento pessoal, devido à condição na qual o paciente em ME se encontra.

Diante disso, os profissionais que trabalham com pacientes com prognóstico de morte e em fase terminal, podem apresentar dificuldade em se relacionar, em posicionar-se frente ao sofrimento e à dor, que nem sempre podem aliviar, além de precisar elaborar as perdas de pacientes, principalmente daqueles com quem estabeleceram vínculos mais intensos.⁸

MÉTODOS

Este estudo foi orientado pela abordagem qualitativa, que é capaz de abranger a questão do significado e da intencionalidade ligada aos atos, às relações e às estruturas sociais.¹²

Para realizar a coleta de dados, procuramos um hospital de uma cidade do interior de Minas Gerais, o qual, segundo a psicóloga da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) do município, é uma instituição atuante na captação de órgãos e que costuma notificar os pacientes em ME.

Inicialmente, o projeto da pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição escolhida, obtendo parecer favorável ao estudo e autorização para iniciar a pesquisa.

Foi utilizada a entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados, e sua operacionalização ocorreu por meio de um

contato pessoal com os profissionais para apresentação da proposta e agendamento de data e horário para explicação de seu objetivo, bem como os riscos, benefícios e procedimentos inerentes. O anonimato das informações foi garantido aos entrevistados e, após terem esclarecido as dúvidas, realizou-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguida da assinatura deste e a entrevista, propriamente dita, foi iniciada. As entrevistas foram realizadas em local privativo, conforme escolha dos entrevistados. O local selecionado proporcionou maior privacidade e concentração entre pesquisadora e entrevistado.

Entrevistamos um total de dez profissionais, dos quais sete são enfermeiros e três são técnicos de enfermagem que trabalham na UTI geral e cirúrgica do referido hospital. Entre os profissionais de nível superior, quatro são do sexo feminino, com idades entre 27 e 31 anos e três do sexo masculino com idades entre 31 e 36 anos.

O tempo de atuação desses profissionais na UTI era de um a seis anos. Dos profissionais de nível médio apenas uma era do sexo feminino, com 52 anos e nove anos de atuação em UTI e os do sexo masculino possuíam 32 e 41 anos, com 14 e 15 anos de atuação em UTI. Essas unidades foram selecionadas, por serem unidades de pacientes críticos, e por realizarem manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos. Para o registro das entrevistas foi utilizada a gravação em mp3 das informações, com o consentimento do entrevistado.

O período da coleta de dados durou aproximadamente um mês. O tempo de duração da entrevista individual ficou em torno de 10 a 20 minutos. Os entrevistados foram identificados pela letra “E” seguida do número da entrevista para resguardar seu anonimato.

A análise dos resultados das entrevistas foi realizada tomando-se por referência a Análise de Conteúdo. Existem várias modalidades de Análise de Conteúdo, porém a Análise Temática é a mais simples e é considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde. Ela se desdobra em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.¹²

A pré-análise consiste na escolha dos documentos e dos objetivos iniciais da pesquisa. É a fase de organização do material, a sistematização da descrição dos dados coletados e a realização da leitura flutuante.¹²

Na exploração do material busca-se encontrar categorias por meio da organização do conteúdo das falas. A categorização consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas.¹²

Neste estudo as categorias foram construídas por meio da repetição de elementos significativos, os quais possuem a mesma idéia, e da relevância das informações, as quais representam uma idéia que não foi repetida, porém merece destaque.

Por último, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação baseiam-se na inter-relação que o pesquisador faz com as referências bibliográficas, a fim de esclarecer questões apresentadas.¹²

RESULTADOS

Os resultados foram obtidos através da análise dos dados, a qual foi realizada por meio da Análise Temática.

Dessa forma, emergiram três categorias de análise: dificuldade em lidar com a morte, cuidando bem do corpo: continuidade da vida e o papel da equipe de enfermagem no processo de doação de órgãos.

A primeira categoria surgiu a partir da repetição das falas dos sujeitos a respeito da dificuldade de lidar com a morte no início da profissão. A segunda categoria surgiu a partir das informações coletadas sobre como é para eles cuidar de um doador de órgãos e tecidos, e a terceira pela importância que os profissionais dão à sua participação no processo de doação, sendo o trabalho em equipe fundamental para o andamento do processo.

DISCUSSÃO

Dificuldade em lidar com a morte

A finalidade de questionar os sujeitos da pesquisa sobre a morte foi o de conhecer a percepção que cada um tem sobre essa questão, uma vez que cuidar de um doador em ME é cuidar de um paciente morto e saber lidar com todas as implicações que essa situação traz para o profissional.

Essa categoria emergiu a partir da similaridade dos relatos dos sujeitos no tocante às suas experiências em relação à morte no início da carreira, configurando-se em uma dificuldade posteriormente superada com os anos de profissão. O sujeito com menos tempo de formado foi E4, com três anos de profissão, e o com mais tempo de formado E6, com 20 anos de profissão.

Então a morte em si é gradual, lidar com ela é gradual, lidar com a morte é uma coisa que você tem que pegar no seu dia-a-dia. Só você pegando, só você vivendo, eu acho interessante você tá observando isso. (E4)

Quando eu era acadêmico eu tinha muito medo, mas depois quando eu comecei a vivenciar isso na vida profissional, comecei a trabalhar na Terapia Intensiva, eu estudei morte, né? Eu fiz o meu TCC em morte, né? Então eu desmistifiquei um pouco isso daí. (E2)

(...) situação em relação morte que todo mundo tem, né, de medo, de morte, essas coisas assim. A partir do momento que você passa a conviver mais, trabalhando principalmente em UTI, em que você convive com isso todos os dias, a sua forma de encarar a morte muda, né? Então a gente acaba criando mesmo um... se protege em relação a esses sentimentos relacionados a morte, né? (E7)

O profissional da saúde enfrenta profundos dilemas existenciais quanto se depara com a morte em seu cotidiano e muitas dessas dificuldades devem-se ao fato destes não terem sido estimulados, ainda durante a faculdade, a refletir sobre o processo de morte e o morrer. Como consequência, o profissional, ao vivenciar esse processo, pode ser tomado pelo pesar de forma abrupta e não conseguir assistir à pessoa que está morrendo, nem à sua família, por considerar a morte como o fracasso de sua ação, que é voltada para a manutenção da vida, configurando um momento de grande sofrimento.¹³

A formação dos profissionais de saúde tem como alicerce o modelo centrado na doença e na cura, devendo o estudante estar capacitado para assistir os usuários em prol da saúde e da vida. Portanto, o compromisso da enfermagem é com a recuperação da saúde do paciente e sua cura.¹³

É por meio de iniciativas próprias e isoladas de alguns docentes que os acadêmicos desenvolvem alguma reflexão sobre o processo de morte, e o momento em que tiveram contato com a morte foi por meio de suas experiências cotidianas nos serviços de saúde.¹⁰

O que alicerça a ‘reflexão’ e a ‘aprendizagem’ da atitude em relação ao paciente e à sua doença é a experiência cotidiana nos serviços de saúde, mesmo com toda carga de ansiedade e frustração que essa vivência traz.¹⁰

É necessário mudar o enfoque do ensino relacionado ao processo de morte e morrer. Reformular currículos, desfragmentar conteúdos, criar novas disciplinas ou incorporar conteúdos sobre o tema são ações importantes, contudo não são suficientes. É necessário refletir sobre o sentido da vida e do cuidar e, nesse contexto,

questionar o processo ensino/aprendizagem, além de facilitar aos docentes e discentes a compreensão da existência humana em sua singularidade e pluralidade.¹⁴

Apesar das inúmeras revisões curriculares que estão sendo realizadas nas instituições de nível superior, principalmente nas escolas de saúde, o tema ainda não é abordado de forma a garantir sua inserção de maneira consistente. Ainda existe um longo caminho a ser percorrido.¹⁵

Essa falha durante a formação foi apontada como a principal responsável pelo despreparo dos profissionais em lidar com a morte. Porém, para alguns sujeitos da pesquisa, essa dificuldade em lidar com o processo de morte e morrer é acrescida do sofrimento da família. Durante a entrevista, ficou evidenciado que para eles é muito difícil lidar com o sofrimento dos familiares do paciente em óbito, como podemos verificar nos depoimentos abaixo:

Perda do familiar, saudade que essa pessoa deixou, eu penso mais no aspecto da família que ficou do que da pessoa que morreu. (E1)

Muita coisa passa pela cabeça. Eu penso muitas vezes como alívio do sofrimento e um pesar muito grande pra família. Então eu vejo os dois lados, assim, com relação ao paciente como sendo alívio do sofrimento, mas por outro lado a parte do sofrimento aumentando pra família no sentido de ficar longe daquele ente querido. (E5)

Eu fico bem tranquila sim porque eu já lidei muitas vezes com isso, eu fico com sofrimento em relação a família, o sofrimento bate mesmo quando tá lidando com a família. (E5)

Médicos e enfermeiros mostram-se profissionalmente sensibilizados pelo estado de sofrimento que as famílias do paciente em óbito vivenciam. Esses profissionais, ao vivenciarem esse sofrimento, têm dois caminhos a percorrer. No primeiro, há a compreensão de que a assistência psicossocial dada à família deve ser prestada por toda a equipe profissional, inclusive por enfermeiros e médicos; já no segundo caminho, observa-se que essa assistência é visualizada como uma atribuição exclusiva dos psicólogos e assistentes sociais.¹⁰

O primeiro caminho demonstra a busca por uma assistência mais humanizada, admitindo a morte como uma experiência de envolvimento emocional com os familiares, enquanto que o segundo reforça a concepção tecnicista, que corresponde a um distanciamento emocional da família, circunscrevendo a assistência ao desenvolvimento das ações clínicas necessárias ao tratamento do paciente e, especificamente, aquelas necessárias à confirmação do óbito, e identificam o assistente social e o psicólogo como os profissionais responsáveis pelo cuidado sócio-emocional dos familiares.¹⁰

Essa postura dos profissionais da saúde frente à morte corrobora nossa análise no tocante à formação acadêmica que não prepara os profissionais para lidar com o processo de morte dos pacientes sob seus cuidados, nem com o sofrimento da família, reproduzindo o modelo tecnicista da formação acadêmica.

Esses resultados refletem a experiência da equipe de enfermagem ao cuidar dos potenciais doadores de órgãos e tecidos, vivenciando

a dificuldade de lidar com a morte, principalmente no início da profissão, e com o sofrimento da família.

Cuidando bem do corpo do doador: continuidade da vida

Essa categoria reúne os significados atribuídos aos cuidados prestados ao corpo do paciente em ME, ou seja, do corpo do doador. Esse cuidado foi exposto pelos sujeitos como repleto de significados: continuidade da vida, qualidade de vida para esse paciente que está morto, satisfação em poder cuidar desse corpo, compromisso, entre outros.

Cuidar desse corpo, proporcionar, viabilizar essa doação é uma coisa assim importantíssima. (E2)

Eu acredito que a gente pode dar qualidade de vida, sempre manter uma qualidade de vida pro paciente e pro futuro receptor, porque esse órgão é uma continuidade de vida, é uma qualidade de vida que as pessoas hoje buscam. (E4)

(...) a tensão acho que aumenta quando tá lidando com esse tipo de paciente. Pelo menos eu fico mais aflita, a tensão aumenta, a vigilância aumenta sobre esse paciente em relação aos outros pacientes que você sabe que muitos tem potencial de cura, a gente pensa em relação a doação mesmo. (E5)

(...) você tem um cuidado muito grande com o paciente em morte encefálica porque você quer que aquilo ali aconteça. (E7)

A equipe toda de enfermagem tem que entender que aquele paciente tá morto, só que ele vai salvar várias vidas, né? São dois rins, a captação para o transplante de pulmão aqui é difícil, mas figado capta, córnea capta.... (E9)

Os depoimentos demonstram uma grande preocupação por parte dos profissionais no tocante aos cuidados prestados ao doador. Essa preocupação é centrada na manutenção hemodinâmica com a finalidade de se preservar os órgãos para a doação.

Essa preocupação, com a finalidade de beneficiar muitas pessoas, dá sentido ao trabalho desses profissionais ao cuidar de um paciente considerado clinicamente morto. Portanto, os cuidados desenvolvidos pelos sujeitos da pesquisa têm como objetivo final a doação de órgãos, o que traz motivação e satisfação na sua prática:

Pra mim é muito importante, porque assim, eu visualizo o cuidado desse paciente justamente nisso, na oportunidade que ele vai ter de proporcionar uma qualidade de vida a outra pessoa, né? Então de certa forma é como se fosse o mesmo sentimento que eu tenho quando o paciente tá melhorando, tá indo embora pra casa, né? Então a gente tem mesmo essa motivação de cuidar desse paciente. (E7).

O doador é fonte de esperança para alguém que aguarda um transplante e, por isso, deve receber os cuidados necessários para promover sua manutenção hemodinâmica. Esse cuidado dá sentido ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, pois o cuidado é dado ao doador para beneficiar uma outra pessoa.⁶

O profissional atribui importância ao doador pelo fato deste congrega órgãos e tecidos que serão viáveis para utilização em outras pessoas. Apesar de o doador ser alguém considerado clinicamente morto, os profissionais não se referem a ele como

um morto, cadáver ou “coisa”, mas como uma pessoa que apesar de morta, possui funções fisiológicas sendo preservadas vivas, referindo-se a ela, então, como “paciente”. Portanto, não se cuida propriamente do cadáver, mas sim de seus órgãos, que irão beneficiar outras pessoas.⁶

Há uma constante luta pela manutenção da vida, porém, no caso de pessoas em ME, a enfermagem luta pela vida representada pela manutenção dos órgãos e tecidos para doação.¹⁶

O cuidado integral ao doador por parte da enfermagem, como oferecer cuidado de higiene, garantindo que seu corpo esteja bem cuidado, é uma forma de humanizar a assistência ao doador. Essa humanização direcionada ao corpo do doador é realizada muitas vezes pensando na família, na forma como ela irá encontrar seu ente querido.¹⁷

Essa preocupação com o corpo do doador faz-se muito presente nos discursos dos sujeitos. Há um grande envolvimento por parte dos profissionais com a manutenção dos órgãos para transplantes, visualizando a oportunidade de dar continuidade à vida de outras pessoas. Esse compromisso fica evidente ao afirmarem que o objetivo final é a doação.

Podemos perceber que há um envolvimento muito grande por parte da equipe de enfermagem em relação ao paciente em ME que, apesar de estar morto, ainda é considerado um paciente que necessita receber cuidados, tanto para preservação de seus órgãos, a fim de beneficiar outras pessoas, como para mantê-lo limpo e higienizado, tratando-o com o mesmo respeito e dedicação que os pacientes vivos.

Diante dessa análise, fica evidente que os sujeitos empenham-se para que a doação aconteça, não medindo esforços nos cuidados com o doador. Porém, esse achado vai de encontro a um estudo realizado em 2007, em que a manutenção inadequada do potencial doador configurava-se na segunda causa da não efetivação da doação de órgãos.⁷

A manutenção inadequada deve-se ao significado que a equipe de enfermagem atribui ao transplante. Esse significado pode vir marcado pela descrença em razão de experiências mal sucedidas, vivenciadas na unidade de terapia intensiva. Essa descrença interfere ou determina distanciamento do paciente, ocasionando prejuízo na prestação de uma assistência adequada para a manutenção do doador e, conseqüentemente, na qualidade dos órgãos a serem doados, o que justificaria a manutenção inadequada do doador como a segunda causa da não efetivação da doação de órgãos.⁷

Entretanto, esse estudo demonstrou que os significados que a equipe de enfermagem atribui ao processo de cuidar do doador de órgãos e tecidos estão diretamente ligados ao esforço realizado para prestar uma assistência adequada, pois enxergam nesse cuidado a possibilidade de continuidade da vida no corpo de outra pessoa, trazendo assim sentido e satisfação no trabalho realizado.

O papel da equipe de enfermagem no processo de doação de órgãos

Os sujeitos da pesquisa ressaltaram a importância do trabalho da equipe de enfermagem no processo do transplante. Essa importância remete-se ao elo que esse profissional faz com toda a equipe de saúde e com a família do doador, visto ser ele o profissional que fica 24 horas nos cuidados com o paciente, podendo dessa forma avaliar e acompanhar todo o processo:

O enfermeiro tem que tá integrado mesmo, é como se ele fosse uma cabeça de chave aí, então é muito gostoso, é muito bom. (E2)

Me sinto extremamente importante, porque eu acho que a enfermagem faz o elo entre a família, o paciente em morte encefálica e toda a equipe. (E5)

Os enfermeiros consideram gratificante a experiência de trabalhar no processo de doação de órgãos e enxergam nesse processo a oportunidade de novas experiências e de desenvolvimento profissional. É importante ressaltar que o entrosamento entre as diversas equipes facilita as atividades e o processo de doação, pois a assistência de enfermagem somente se torna possível se houver uma integração entre os diversos profissionais atuantes nas equipes.¹⁸

A atuação da equipe de enfermagem é de suma importância no processo de doação, uma vez que é a responsável 24 horas pelos cuidados com o doador, pela sua manutenção hemodinâmica, bem como pelos cuidados de higiene e conforto. É ela a responsável por fazer o elo de ligação entre os médicos, familiares e outros profissionais da área da saúde. Além disso, o trabalho em equipe é fundamental, cada um contribuindo com seu saber, para que tudo aconteça da melhor forma possível, alcançando assim o objetivo final: a doação de órgãos.

Portanto, compreendemos que a experiência de trabalhar em equipe nos cuidados prestados ao potencial doador de órgãos e tecidos fortalece os profissionais, fazendo com que a assistência seja realizada mais adequadamente, acelerando o processo de doação, aumentando as chances de aproveitamento dos órgãos e abreviando o sofrimento das famílias.

CONCLUSÃO

A partir do objetivo de compreender a experiência que a equipe de enfermagem atribui ao processo de cuidar do paciente em morte encefálica, verificou-se que os profissionais saem da graduação despreparados para lidar com a morte, e é no seu cotidiano, quando ocorre a morte de um paciente, que aprendem a lidar com ela.

A morte só passa a ser encarada de forma mais natural quando os profissionais estão frente a ela no seu processo de trabalho. Saber lidar com a morte é extremamente importante na vivência de cuidar de um paciente em ME. Se o profissional sente-se despreparado, não consegue atender de forma adequada às necessidades do paciente que, apesar de morto, demanda por cuidados para que seus órgãos estejam em condições adequadas no momento da realização da doação.

Diante disso, faz-se necessária uma reavaliação do currículo, visando abordagem mais adequada do tema. Talvez dessa forma possamos estar mais preparados para lidar com a morte e suas implicações em nosso processo de trabalho.

Além disso, considerar que cuidar bem do corpo do doador de órgãos e tecidos é dar continuidade à vida, traz sentimentos de solidariedade e de valor a ela.

Para a equipe de enfermagem, o resultado do processo de cuidar do paciente em ME pode gerar certa carga de estresse por ser um paciente muito instável e que necessita de monitorização constante, mas a manutenção é realizada de forma adequada e com muito comprometimento, sempre visando o objetivo final que é a doação. Quando tudo dá certo e a doação é concretizada, há um sentimento de grande satisfação. Portanto, a condição de morte encefálica,

apesar de gerar certa carga de estresse aos profissionais, não impede a realização de um trabalho de qualidade e de humanizar a assistência. A equipe de enfermagem tem papel fundamental na assistência do potencial doador de órgãos e tecidos. Esse papel é potencializado quando essa atua diretamente no processo de transplantes. Ao enfermeiro compete a assistência e/ou o cuidado direcionado à manutenção do potencial doador, bem como o cuidado aos familiares que se encontram em um momento de extremo sofrimento e tristeza.

Assim, reforça-se a importância do enfermeiro nesse processo. É esse profissional que está constantemente monitorizando esse paciente, detectando alguma alteração e comunicando-a ao médico. Muitas vezes, é ele quem entra em contato com a família.

Enfim, o enfermeiro constitui-se como elemento fundamental nesse processo.

Foi possível perceber que o enfermeiro atuante nessa área necessita de um amplo conhecimento das repercussões fisiológicas que o doador sofre para poder realizar de forma eficiente a manutenção de seus órgãos, o que propiciará a concretização do transplante, sendo essa a maior motivação que leva esses profissionais a tamanha empenho no seu cotidiano com o paciente em ME.

Cuidar do paciente em ME transcende o saber científico. Esse cuidar esbarra em questões éticas, morais, espirituais, que envolvem o profissional no empenho de seu trabalho, com o objetivo de dar continuidade à vida no corpo de outra pessoa.

ABSTRACT:

Purpose: Understand the experience of nursing staff concerning the care given to potential organ donors with brain death; check if the brain death interferes in the care provided by the nursing staff and describe how this care experience affects the life of those professionals. **Methods:** The study has a qualitative approach. The data were collected from a healthcare center that issues notifications of brain death of potential tissue and organ donors. 10 semi-structured interviews, recorded on mp3, were conducted by the nursing staff that works on the ICU. The data were analyzed according to their reports. **Result:** Three categories of analysis emerged: difficulty in coping with death while looking after the body; life continuity and the role of the nursing staff in the process of organ donation. It was verified that professionals left their courses unable deal with death and that they may be subjected to certain levels of stress during the process of looking after BD patients. **Conclusion:** Taking care of brain dead patients is a difficult issue once it raises ethical, moral, spiritual matters that make this professional engaged in this process of ensuring life continuity in another person's body.

Keywords: Brain Death; Nursing; Nursing Care; Assistance; Life Experience.

REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Lei 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/portaria/lei9434.htm>. Acesso em 08/07/2010.
- Ministério da Saúde (Brasil). Sistema Nacional de Transplantes trás informações, Legislação, Centrais de Transplantes, Comissões Intra-hospitalares, etc. Brasília: Ministério da Saúde
- D'Império F. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 2007 Mar;19(1):74-84.
- Guetti NR, Marques IR. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. Revi. Bras. de Enferm. 2008 Jan/Fev;61(1):91-7.
- Sadala MLA. Cuidar de doadores de órgãos por enfermeiras de UTI. "In": Sadala MLA. Doação de órgãos: A experiência de enfermeiras, médicos e familiares de doadores. São Paulo, SP: UNESP, 2004.43-78
- Lima AAF, Silva MJP, Pereira LL. Sofrimento e contradição: o significado da morte e do morrer para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante. Enfermeria Global [periódico da internet]. 2009 Fev [acesso em 10 Nov 2010]; 15: [aproximadamente 17 páginas]. Disponível em: www.um.es/eglobal/.
- Lemes MMDD, Bastos MAR. Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007 Out;15(5):986-91
- Bretas JRS, Oliveira JR, Yamaguti L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. Rev. Esc. Enferm. 2006 Dec;40(4):477-83.
- Silva ALL, Ruiz EM. Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de Enfermagem. Rev. Estudos de Psicologia, PUC - Campinas. 2003 Jan/Apr;20(1):15-25
- Nascimento CAD, Silva AB, Silva MC, Pereira MHMI. A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. Rev. Rene. 2006 Jan/Abr;7(1):52-60 11. Combinato DS, Queiroz MS. Morte: uma visão psicossocial. Estud. Psicol. 2006 Aug;11(2):209-16
- Minayo MCS. Conceitos básicos sobre metodologia e sobre abordagens qualitativas. "In": Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo, SP: Hucitec; 2008. p.35-76
- Carvalho LS, Oliveira MAS, Portela SC, Silva CA, Oliveira ACP, Camargo CL. Morte e o morrer no cotidiano de estudantes de Enfermagem. Rev. Enferm. UERJ. 2006 Out/Dez;14(4):551-7.
- Pinho LMO, Barbosa MA. A morte e o morrer no cotidiano de docentes de enfermagem. Rev. Enferm UERJ. 2008 Abr/Jun; 16(2):243-8
- Carvalho MVB, Merighi MAB. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005 Nov/Dez; 13(6):951-9.
- Guido LA, Linch GFC, Andolhe R, Conegatto CC, Tonini CC. Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. Rev. Latino-Am. Enf. 2009 Dec/Jan;17(6):52-8.
- Lima AAF, Silva MJP, Pereira LL. Percepção do enfermeiro da organização de procura de órgãos (OPO) sobre a humanização do processo de captação de órgãos para transplante. O Mundo da Saúde. 2006 Jul/Set;30(3):409-16.
- Celitte IVA, Maia LS, Silva MB, Cardinal HH. Papel da Enfermagem nas Equipes de Transplante de Cuiabá/MT. Congresso Brasileiro de Enfermagem; 24 a 28 de setembro de 2006; Porto Seguro: COFEN, 2006