

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

ALINE LIMA PESTANA

**DESVELANDO RELAÇÕES E INTERAÇÕES MÚLTIPLAS DO
SER ENFERMEIRO NA COMPLEXIDADE DO CUIDADO AO
SER EM MORTE ENCEFÁLICA NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientador: Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Co-orientador: Profa. Dra. Francisca Georgina Macêdo de Sousa

Florianópolis
2011

Catálogo na fonte elaborada pela biblioteca da
Universidade Federal de Santa Catarina

P476d Pestana, Aline Lima

Desvelando relações e interações múltiplas do ser enfermeiro na complexidade do cuidado ao ser em morte encefálica na unidade de terapia intensiva [dissertação] / Aline Lima Pestana; orientadora, Alacoque Lorenzini Erdmann, co-orientadora, Francisca Georgina Macêdo de Sousa. - Florianópolis, SC, 2011.
175 p.: grafs., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Morte cerebral. 4. Enfermeiros. 5. Relações Enfermeiro-paciente. 6. Cuidados Intensivos. 7. Transplante de órgãos, tecidos, etc. I. Erdmann, Alacoque Lorenzini. II. Sousa, Francisca Georgina Macêdo de. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

CDU 616-083

Aline Lima Pestana

**DESVELANDO RELAÇÕES E INTERAÇÕES MÚLTIPLAS DO
SER ENFERMEIRO NA COMPLEXIDADE DO CUIDADO AO
SER EM MORTE ENCEFÁLICA NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Enfermagem” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Florianópolis, 07 de outubro de 2011.

Profa. Dra. Flávia Regina de Souza Ramos
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Presidente
Universidade Federal de Santa Catarina

Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Universidade Federal de Santa Catarina

Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Universidade Federal de Santa Catarina

Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho aos meus pais que sempre estiveram ao meu lado me apoiando e amando em todos os momentos da minha vida, em especial a minha mãe, pelo seu exemplo de coragem.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço **a Deus**, meu amigo fiel, que me acompanhou e conduziu nesse processo, renovando as minhas forças a cada dia para superar os obstáculos e desafios da trajetória.

Aos meus pais, **Elza e Pestana**, por todo amor, atenção, apoio e carinho que me completaram no decorrer da minha vida. Sempre estiveram ao meu lado, me incentivando a alcançar os meus sonhos. Pais dedicados e companheiros que não mediram esforços para eu estar aqui em Florianópolis. Amo muito vocês!

Ao meu irmão, **Alan Sérgio**, por acreditar em mim, pelas palavras de incentivo e apoio, fundamentais nessa trajetória.

Aos meus irmãos, **Alysson Pestana, Brunna Luiza e Kissandra Cirilaine** pelas palavras de apoio e incentivo.

Aos **meus sobrinhos e sobrinhas**, pelo carinho.

Ao meu namorado, **Paulo Henrique**, pelo amor, paciência e compreensão durante toda a trajetória.

À minha orientadora, **Prof^ª. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann**, pelos ensinamentos, dedicação, oportunidade, tranquilidade, estímulo, confiança e apoio nessa trajetória. As orientações foram essenciais para o desenvolvimento deste estudo. Aprendi e cresci muito ao seu lado. Obrigada por sempre vislumbrar o maior e o melhor para cada um dos seus orientandos. Obrigada por acreditar em mim!

À minha co-orientadora, **Prof^ª. Dra. Francisca Georgina Macêdo de Sousa**, por ter me incentivado a buscar novas experiências acadêmicas. Obrigada pelos momentos de orientação e ensinamentos. Aprendi muito ao seu lado.

À **Universidade Federal de Santa Catarina** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, por me acolherem como mestranda e permitirem o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**, pelo financiamento dos meus estudos, por meio da concessão da bolsa de mestrado.

Aos **professores do PEN/UFSC**, pelo conhecimento e experiência compartilhados no decorrer do mestrado.

Às **professoras Dra. Francisca Georgina Macêdo de Sousa, Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento, Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello e Doutoranda Patrícia Klock**, membros da Banca de Qualificação, pelas valiosas contribuições que me ajudaram a lapidar o caminho para alcançar os resultados.

Aos **Membros da Banca Examinadora**, meu sincero agradecimento por terem aceitado o convite e disponibilizado do seu tempo para contribuir com este trabalho.

Aos **integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES)**, em especial Gabriela Marcelino, Patrícia Guerrero, Patrícia Klock, José Luís, Professora Dra. Selma Andrade e Professora Dra. Betina Meirelles pelos momentos de aprendizagem, troca e descontração.

À **professora Dra. Beatriz Guitton**, pelas contribuições na validação do modelo teórico desta dissertação.

À **turma do Mestrado Acadêmico 2010**, especialmente a Mariely Bernardi, Bruna Canever, Débora Poletto pelos momentos de alegrias, tristezas e desabafos compartilhados ao longo dessa trajetória. Foi maravilhoso conviver com vocês!

Aos **funcionários do PEN/UFSC**, em especial a **Claudia Crespi Garcia**, que no decorrer do mestrado se colocou à disposição para me ajudar, com competência e dedicação.

À **minha Igreja local, Igreja Nova Aliança**, em especial a Ísis e a Graziela Ecco, pelo acolhimento, amizade e orações.

À **Igreja do Maranhão, Igreja Batista Torre do Sol**, pelas orações e palavras de incentivo e apoio.

Aos **enfermeiros participantes** que contribuíram para a realização desta pesquisa, disponibilizando seu tempo para ser entrevistado.

E a todos aqueles que torceram por mim e, de algum modo, contribuíram para a realização desta pesquisa, meu **muito obrigada!**

PESTANA. Aline Lima. **DESVELANDO RELAÇÕES E INTERAÇÕES MÚLTIPLAS DO SER ENFERMEIRO NA COMPLEXIDADE DO CUIDADO AO SER EM MORTE ENCEFÁLICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**. 2011. 174f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann.

RESUMO

No contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são cada vez mais frequentes as situações de cuidados aos pacientes em morte encefálica (ME), em especial nas instituições que realizam transplantes de órgãos. O cuidado e o cuidar na ME têm por finalidade preservar a condição de potencial doador. O estudo teve como objetivo compreender os significados do cuidado ao paciente em morte encefálica para enfermeiros de um hospital universitário da região Nordeste do Brasil. O referencial metodológico adotado foi a *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). O pensamento complexo proposto por Edgar Morin foi utilizado na análise e construção do Modelo Teórico. Participaram da investigação quatro enfermeiras assistenciais da UTI de um Hospital Universitário, quatro enfermeiros que desenvolviam suas atividades no serviço de captação de órgãos e transplante do referido hospital e quatro enfermeiros que haviam trabalhado na UTI daquele hospital em período anterior à implantação do serviço de transplante. Totalizaram 12 enfermeiros que constituíram três grupos amostrais. Utilizou-se a entrevista aberta para a coleta de dados. O processo da investigação foi desenvolvido por meio da coleta e análise simultânea e comparativa dos dados, sendo orientado pela codificação aberta, axial e seletiva, ordenação, integração dos conceitos, amostragem e saturação teórica. As entrevistas, diagramas e memorandos constituíram o material empírico da investigação. Desse processo emergiu o fenômeno “Desvelando as relações e interações múltiplas do ser enfermeiro na complexidade do cuidado ao ser em morte encefálica” definido pela interrelação de cinco categorias: Cuidando em Unidade de Terapia Intensiva; Tendo que organizar as práticas de cuidado em UTI ao ser em ME; Considerando as interveniências facilitadoras e dificultadoras do cuidado ao ser em ME na perspectiva das relações/interações entre o ser enfermeiro, ser equipe e família; Incorporando atitudes para cuidar da

complexidade do ser em ME; e Emergindo a complexidade do cuidado ao ser em ME. Cuidar do paciente em ME para o enfermeiro é estabelecer múltiplas relações e interações no ambiente de terapia intensiva, seja com o ser em ME, com o ser equipe e com a família. Este cuidado é tecido por um emaranhado de concepções que é permeado por dúvidas, incertezas e questionamentos sobre o diagnóstico da ME. Isso porque este paciente está clinicamente morto, mas traz dentro de si a morte e a vida, configurando-se como um ser dialógico e complexo. Assistir o ser em ME exige que o enfermeiro assuma diferentes modos de cuidar e direcione-se para o cuidado complexo, incorporando uma nova consciência, que transpõe o pensamento reducionista de que este paciente não precisa de cuidados.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Morte Encefálica. Enfermeiros. Relação interprofissional. Relações Enfermeiro-paciente. Cuidados Intensivos. Transplante de órgãos.

PESTANA, Aline Lima. **UNVEILING MULTIPLE NURSING RELATIONSHIPS AND INTERACTIONS IN THE COMPLEXITY OF CARE FOR PEOPLE IN BRAIN DEATH IN INTENSIVE CARE UNIT.** 2011. 174f. Dissertation (Master in Nursing) – Post Graduation Course in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
Supervisor: Alacoque Lorenzini Erdmann, PhD

ABSTRACT

Within the Intensive Care Unit (ICU) context, care situations for Brazilian patients experiencing brain death (ED), especially at organ transplant institutions, have become more and more frequent. The objective of care and ED care is to preserve the potential donor's condition. The objective of this study is to better comprehend the meanings of care for the patient experiencing brain death attributed by nurses in a University Hospital in Northeast Brazil, using the Grounded Theory as a methodological reference. Edgar Morin's complex thought was used in analyzing the Theoretical Model construct. Four University Hospital ICU nurses who largely perform organ removals and transplantations for the aforementioned hospital and had worked there since prior to the implementation of the organ removal and transplantation process began participated in each of the three sample groups, totaling 12 nurse participants. Open interviews were used to collect the data. The investigation process was developed through simultaneous and comparative data collection and analysis, through open, axial and selective codification, ordering, concept integration, sampling, and theoretical saturation. The phenomenon "Unveiling multiple nursing relationships and interactions in caring for the complexity of a person experiencing brain death emerged, as defined by the interrelations of the following five categories: Intensive Care Unit Care; Having to organize ICU care practices for the ED being; Considering the facilitating and hindering interventions for care for the ED being from a relationship/interaction nursing being perspective; being a team and a family; Incorporating complex being care attitudes in ED; and The complexity of caring for an emerging ED being. For a nurse, caring for an ED patient is establishing the multiple relationships and interactions within an intensive care environment, whether with the ED, the team, and/or the family. Such care is woven with an matted in conceptions permeated by doubt, uncertainty, and questioning concerning the ED diagnosis. This arises from the reality involving a

clinically dead patient from whom is brought death and life, configuring themselves as a dialogical and complex being. Caring for the person in ED demands that the nurse assumes different care modes and directs him/herself to complex care, incorporating a new consciousness which transports the reductionist thought that such a patient no longer needs care.

Keywords: Nursing Care. Brain Death. Nurses. Interprofessional relationship. Nursing-patient relationships. Intensive Care. Organ Transplant.

PESTANA. Aline Lima. **DESVELANDO RELACIONES E INTERACCIONES MÚLTIPLES DEL SER ENFERMERO EN LA COMPLEJIDAD DEL CUIDADO AL SER EN MUERTE ENCEFÁLICA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA.** 2011. 140f. Disertación (Maestría en Enfermería Nursing) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

RESUMEN

En el contexto de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), son cada vez más frecuentes las situaciones de cuidados a los pacientes en muerte encefálica (ME), especialmente en las instituciones que realizan trasplantes de órganos. El cuidado y el cuidar en la ME tienen por finalidad preservar la condición de potencial donador. El estudio tuvo como objetivo comprender los significados del cuidado al paciente en muerte encefálica para enfermeros de un hospital universitario de la Región Nordeste de Brasil. El referencial metodológico adoptado fue la *Grounded Theory* o Teoría Fundamentada en los Datos (TFD). Se utilizó el pensamiento complejo propuesto por Edgar Morin en el análisis y en la construcción del Modelo Teórico. Participaron de la investigación cuatro enfermeras de atención de la UTI del Hospital Universitario, cuatro enfermeros que desarrollaban sus actividades en el servicio de captación de órganos y trasplantes del referido hospital y cuatro enfermeros que habían trabajado en la UTI del mismo hospital en un periodo anterior a la implementación del servicio de trasplante. Se totalizó un conjunto de 12 enfermeros que constituyeron tres grupos muestrales. Se utilizó la entrevista abierta para el recogido de datos. Se desarrolló el proceso de la investigación a través del recogido y del análisis simultáneo y comparativo de los datos, con la orientación de la codificación abierta, axial y selectiva, ordenación, integración de los conceptos, muestra y saturación teórica. Las entrevistas, los diagramas y los memorandos constituyeron el material empírico de la investigación. De ese proceso surgió el fenómeno “Desvelando las relaciones e interacciones múltiples del ser enfermero al cuidar la complejidad del ser en muerte encefálica”, definido por la interrelación de cinco categorías: “Cuidado en Unidades de Terapia Intensiva”; “Organización en las prácticas de cuidado en UTI al ser en ME”; “Consideraciones de las intervenciones facilitadoras y dificultadoras del cuidado al ser en ME en la perspectiva de las relaciones/interacciones entre el ser enfermero,

ser equipo y familia”; “Incorporación de actitudes para cuidar la complejidad del ser en ME”; y “Emergiendo la complejidad del cuidado al ser en ME”. Para el enfermero, cuidar al paciente en ME es establecer múltiples reacciones e interacciones en el ambiente de terapia intensiva, sea como el ser en ME, con el ser equipo y con la familia. Ese cuidado forma parte de un conjunto de concepciones que se permean por dudas, incertidumbres y cuestionamientos sobre el diagnóstico de la ME. Eso pasa porque el paciente está clínicamente muerto, pero trae dentro de si la muerte y la vida, configurándose como un ser dialógico y complejo. Atender al ser en ME exige que el enfermero se haga cargo de distintos modos de cuidar y orientarse para el cuidado complejo, incorporando una nueva consciencia, que transpone el pensamiento reduccionista de que ese paciente no necesita cuidados.

Palabras-clave: Cuidados de Enfermería. Muerte Encefálica. Enfermeros. Relación interprofesional. Relación Enfermero-paciente. Cuidados Intensivos. Trasplante de órganos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sete Princípios básicos do Pensamento Complexo proposto por Edgar Morin.....	42
Figura 2 - Etapas do processo de análise dos dados da Teoria Fundamentada nos dados.....	61
Figura 3 - Diagrama da entrevista 01	66
Figura 4 - Diagrama da entrevista 02.....	67
Figura 5 - Diagrama da entrevista 02.....	68
Figura 6 - Diagrama da entrevista 04.....	69
Figura 7 - Representação do fenômeno Desvelando relações e interações múltiplas do ser enfermeiro ao cuidar da complexidade do ser em morte encefálica.....	133

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Modelo do processo de transcrição do conteúdo das entrevistas.....	54
Quadro 2 - Exemplificando a Codificação.....	55
Quadro 3 - Agrupando os códigos preliminares e elaborando os conceitos.....	57
Quadro 4 - Relacionando conceitos, subcategorias e categorias.....	59
Quadro 5 - Memorando 7 "Refletindo sobre o processo de cuidado ao paciente em morte encefálica".....	62
Quadro 6 - Memorando 9 "Refletindo sobre a complexidade do cuidar do ser em morte encefálica".....	63
Quadro 7 - Memorando 15 "Sendo enfermeiro cuidando do ser em morte encefálica".....	64
Quadro 8 - Memorando 25 "Descrevendo sobre o cuidar com dignidade ao ser em morte encefálica".....	64
Quadro 9 - Memorando 32 "Compreendendo a complexidade do cuidado ao ser em morte encefálica".....	65
Quadro 10 - Apresentação das categorias e subcategorias.....	72

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	27
2 OBJETIVO	32
3 APROXIMAÇÃO COM O TEMA MORTE ENCEFÁLICA	33
4 REFERENCIAL TEÓRICO	36
4.1 FUNDAMENTOS DO PENSAMENTO COMPLEXO.....	37
4.1.1 EDGAR MORIN: BREVE BIOGRAFIA.....	37
4.1.2 FONTES FILOSÓFICAS DA TEORIA DA COMPLEXIDADE	37
4.1.3 O PENSAMENTO COMPLEXO	39
4.2 MARCO CONCEITUAL.....	43
4.2.1 SER HUMANO	43
4.2.2 ENFERMAGEM	44
4.2.3 SAÚDE	45
4.2.4 AMBIENTE DE CUIDADO.....	45
4.2.5 CUIDADO.....	46
4.2.6 CUIDADO COMPLEXO	47
4.2.7 CONDIÇÃO BIOLÓGICA NA MORTE ENCEFÁLICA	47
4.2.8 CUIDADO AO SER HUMANO EM MORTE ENCEFÁLICA	48
5 MÉTODO	49
5.1 TIPO DE ESTUDO	49
5.2 LOCAL DO ESTUDO	51
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	51
5.4 COLETA DE DADOS	53
5.6 CONSTRUINDO MEMORANDOS E DIAGRAMAS	61
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	70
6 RESULTADOS	71
6.1 MANUSCRITO 1: DESVELANDO RELAÇÕES E INTERAÇÕES MÚLTIPLAS DO SER ENFERMEIRO NA COMPLEXIDADE DO CUIDADO AO SER EM MORTE ENCEFÁLICA	118
6.2 MANUSCRITO 2: EMERGINDO A COMPLEXIDADE DO CUIDAR AO SER EM MORTE ENCEFÁLICA	143
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	160
REFERÊNCIAS	162
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	171
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	173

1 INTRODUÇÃO

A ação do cuidar sempre esteve presente na história da humanidade, como uma maneira de viver, de se relacionar no mundo, acompanhando o ser humano desde a sua origem. O cuidado é, portanto, uma característica inerente do ser humano, constituindo-se na mais antiga prática da história do mundo. Surge com a vida, porque o homem e todos os seres vivos necessitam de cuidados para viverem. Assim, o cuidado é o próprio ato de viver, porque é por meio dele que a vida continua e se desenvolve (CELICH, 2003).

Para Boff (1999) o cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade. Cuidar implica colocar-se no lugar do outro. É um modo de estar com o outro (SOUZA et al., 2005), no que se refere a questões especiais da vida dos cidadãos e de suas relações sociais, dentre estas o nascimento, a promoção e a recuperação da saúde e a própria morte. As situações e contextos que envolvem o cuidar no nascimento e na morte sugerem atitudes, ações, reações e significados diversos para os enfermeiros e demais profissionais da equipe de saúde.

No contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são cada vez mais frequentes as situações de cuidados aos pacientes em morte encefálica (ME), em especial nas instituições que realizam transplantes de órgãos. O número de pacientes que evoluem para ME antes da parada cardiorrespiratória é em torno de 10 a 14% do total de pacientes que vão a óbito nestas unidades (NAVARRO, 1993).

O cuidado e o cuidar na ME têm por objetivo preservar a condição de potencial doador. O transplante de órgãos e tecidos é uma alternativa terapêutica segura e eficaz no tratamento de diversas doenças, determinando melhoria na qualidade e na perspectiva de vida. Diante da crescente escassez de órgãos é essencial que se otimize o uso de órgãos captados de doadores com ME, atualmente a principal fonte de órgãos para transplantes (RECH; RODRIGUES FILHO, 2007).

Após a constatação da ME, o paciente é considerado potencial doador de órgãos, condição que exige da equipe de saúde instituir todos os cuidados e intervenções necessárias para mantê-lo em tal condição. Essa se refere à possibilidade do aumento do número de órgãos captados e à qualidade dos mesmos. O objetivo do tratamento passa a ser a proteção e a perfusão dos órgãos especificamente e a prioridade é garantir o melhor suporte fisiológico possível para potencializar o sucesso dos órgãos transplantados (RECH; RODRIGUES FILHO,

2007). Um único potencial doador em boas condições poderá beneficiar, por meio do transplante, mais de dez pacientes. Daí a importância de conduzi-lo com o mesmo empenho e dedicação que qualquer outro paciente da UTI (ARAÚJO; CINTRA; BACHEGA, 2005).

Em 2010, no Brasil, foram identificados 6979 potenciais doadores, o que representou uma taxa de 36,4 possíveis doa/ milhão de pessoas por ano. A região Nordeste, apresentou taxa de 21,9 potenciais doadores/milhão de pessoas por ano (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2010). No primeiro semestre deste ano foram identificados 3411 potenciais doadores (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2011).

Na morte encefálica ocorrem perturbações neuro-humorais cíclicas que incluem alterações bioquímicas e celulares que conduzem a disfunção múltipla dos órgãos. Dessa forma, cuidar de potenciais doadores de órgãos requer manutenção de ventilação artificial, aspiração de secreção traqueal, aquecimento e monitorização da temperatura. Esses cuidados são considerados fundamentais, pois há perda do centro termorregulador hipotalâmico, desencadeando hipotermia que pode causar depressão do miocárdio, arritmias, diminuição do transporte de oxigênio, aumento da afinidade da hemoglobina pelo oxigênio, disfunção renal, pancreatite, coagulopatias dentre outras disfunções que repercutem na qualidade do órgão a ser transplantado (D' IMPERIO, 2007; LEMES; BASTOS, 2007). Acompanhar a evolução dos parâmetros da pressão arterial e observar a perfusão é cuidado defendido em razão da disfunção cardiovascular que se manifesta por meio de severa hipertensão, seguida de hipotensão progressiva e, conseqüentemente, hipoperfusão tecidual. A função miocárdica é alterada pelos distúrbios eletrolíticos, das perdas renais e por distúrbios hormonais (GUETTI; MARQUES, 2008).

Cuidar das córneas pela umidificação é fundamental, uma vez que é um dos tecidos mais transplantados na atualidade. A córnea deve ser mantida umedecida e protegida com pomada para evitar ceratites (LEMES; BASTOS, 2007).

Outros cuidados importantes dirigem-se para o rigoroso controle de assepsia e o cuidado com a higiene corporal para que diminua os riscos de infecção (LEMES; BASTOS, 2007).

Os cuidados estabelecidos pela equipe de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica vêm sendo estudados no intuito de fundamentar e atualizar esta temática. Guetti e Marques (2008) desenvolveram um estudo que buscou descrever a atuação do enfermeiro na assistência para manutenção fisiológica do potencial

doador de órgãos; Rech e Rodrigues Filho (2007) revisaram aspectos fisiopatológicos da morte encefálica e resumiram estratégias terapêuticas atuais; Sesma e Ollo (2001) também descreveram alterações fisiopatológicas que ocorrem no potencial doador após morte encefálica e identificaram os cuidados de enfermagem decorrentes a cada uma das alterações; Guido et al. (2009) buscaram conhecer as situações que a equipe de enfermagem identifica como estressantes, comuns à atuação em UTI, especialmente na assistência prestada ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos. No entanto, Lemes e Bastos (2007) foram além dos cuidados de manutenção, objetivaram compreender a vivência da equipe de enfermagem em relação aos cuidados de manutenção de potenciais doadores de órgãos. Semelhante modo Flodén e Forsberg (2009) descreveram a percepção do enfermeiro intensivista sobre o cuidado na doação de órgãos com base em sua experiência de cuidar de potenciais doadores de órgãos.

Nesse estudo as enfermeiras informaram que cuidar de um paciente em morte encefálica é uma situação desafiante tanto ética como profissionalmente. Perceberam ainda que existe uma ampla responsabilidade “onde nada pode dar errado” no que se refere ao encontro com a família e em termos de conhecimento e cuidado com o potencial doador. Afirmam que o cuidado a este paciente exige uma demanda mental e física maior quando comparados com outros pacientes internados na UTI (FLODÉN, FORSBERG, 2009).

Desse modo, é necessário suscitar alguns questionamentos sobre os conflitos envolvidos no cuidado deste paciente em ME, pois o enfermeiro envolvido neste processo é um ser multidimensional, formado por dimensões biológicas, sociais, culturais, psíquicas, espirituais, dentre outras, que não podem ser desconsideradas/desarticuladas do processo de cuidar, uma vez que estas podem interferir no cuidado. No estudo desenvolvido por Lemes e Bastos (2007) as reações apresentadas pela equipe de enfermagem diante do paciente em morte encefálica foram descritas como: ficando desumano, tendo dificuldade para cuidar, cuidando com amor, algo doloroso, principalmente quando o paciente era mais jovem ou criança. Dos depoimentos da pesquisa supracitada emergiu os seguintes significados da morte encefálica atribuídos pela equipe de enfermagem: doador de órgãos; morto; não é um paciente; não é uma pessoa; é um paciente grave.

A proposta desta pesquisa surgiu a partir da minha vivência no cuidado ao paciente em morte encefálica, como aluna do Curso de Especialização na modalidade de Residência em Enfermagem e como

enfermeira assistencial em uma UTI de um hospital de urgência e emergência. Em especial, destaco aqui o momento da coleta de dados do trabalho de conclusão do curso de Residência intitulado “Carga de Trabalho em UTI: Ferramenta para a provisão de pessoal de enfermagem”. Para a coleta de dados do referido estudo foi utilizado o formulário do Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) que classifica a gravidade dos pacientes quantificando as intervenções terapêuticas.

No momento da realização do teste piloto da pesquisa acima referida havia entre os pacientes da UTI um paciente com diagnóstico de ME. Diante dessa condição clínica e da demanda de cuidados exigidas me deparei com alguns questionamentos: Devo aplicar o instrumento de intervenções terapêuticas em pacientes com ME? Aos pacientes em ME, potenciais doadores de órgãos, são estabelecidos todos os cuidados pela equipe de saúde? Poderei incluir os pacientes com diagnóstico de ME como sujeitos da pesquisa? De posse dos questionamentos, em discussão com a orientadora e compreendendo os pressupostos do cuidado em situação de ME segui com a coleta de dados tendo sanado algumas dúvidas. No entanto, outras inquietações continuaram a permear o meu fazer, o meu agir e o meu saber no cuidado em UTI e, em especial, frente à condição de enfermeira cuidando de pacientes em ME. São inquietações que me encaminharam a elaborar esta proposta de pesquisa, dessa vez prosseguindo com o Mestrado em Enfermagem. O problema de pesquisa dirige-se ao cuidado de enfermagem ao paciente em situação de morte encefálica em UTI delimitado pelo seguinte questionamento: **Que significados os enfermeiros atribuem ao cuidado ao paciente em morte encefálica?**

Destaca-se a relevância deste estudo, devido às pesquisas voltadas para a compreensão dos significados das relações do cuidado que os enfermeiros atribuem as suas práticas profissionais ao paciente em ME internado em uma UTI estarem sendo pouco exploradas. A maioria dos estudos (GUETTI; MARQUES, 2008; RECH; RODRIGUES FILHO, 2007; D’ IMPERIO, 2007; ARAÚJO; CINTRA; BACHEGA, 2005; SESMA, OLLO, 2001) dedicam-se mais aos cuidados com o potencial doador de órgãos, com processo fisiopatológico da ME, não incluindo, na maioria das vezes, a percepção do enfermeiro quanto a estes cuidados. Considera-se imperativo o contínuo envolvimento do enfermeiro neste processo de cuidado, uma vez que isto poderá refletir não apenas nos potenciais doadores, como também nos receptores dos órgãos.

Este estudo proporcionará subsídios teóricos para os enfermeiros pensarem sobre as relações cuidativas estabelecidas no cotidiano de seu trabalho. Acredita-se que compreendendo o significado das relações cuidativas do enfermeiro com o paciente em ME potencial doador de órgãos pode-se criar possibilidades que permitam a ampliação do foco deste cuidado, buscando enxergar o paciente em morte encefálica como um ser gerador de vidas, como um ser que merece cuidados integrais.

2 OBJETIVO

Compreender os significados do cuidado ao paciente em morte encefálica atribuídos por enfermeiros de um hospital universitário da região Nordeste, construindo um modelo teórico, sob a perspectiva da complexidade

3 APROXIMAÇÃO COM O TEMA MORTE ENCEFÁLICA

O estabelecimento dos critérios de definição de ME foi um grande avanço para implementação dos cuidados aos pacientes nesta condição como também para o favorecimento dos transplantes. Neste sentido, desenvolveu-se um breve histórico sobre a ME.

A ME foi descrita pela primeira vez em 1959, como *coma depasée*, por Mollaret e Goudon que avaliaram 23 pacientes em coma, sem resposta ao estímulo doloroso, sem reflexos do tronco cerebral e com eletroencefalograma (EEG) isoeletrico. Em 1963, Schwab e colaboradores publicaram o primeiro conjunto de critérios de ME que incluía ausência de respiração espontânea por 30 minutos, ausência de reflexos tendíneos de qualquer natureza, ausência de reflexos pupilares, ausência de reflexo óculo-cardíaco e 30 minutos de EEG isoeletrico (CORREA NETO, 2010).

Com a realização do primeiro transplante cardíaco na África do Sul, em 1967, foi identificada a necessidade de critérios mais específicos para a determinação da ME, bem como quais pacientes poderiam doar órgãos. A Faculdade de Medicina de Harvard, em 1968, organizou um comitê composto de 11 profissionais, sendo sete médicos, um biólogo, um historiador, um jurista e um sociólogo, com o objetivo de estabelecer e de conceituar o coma irreversível. Os chamados critérios de Harvard incluíam coma aperceptivo e arresposivo, ausência de reflexos e de quaisquer movimentos após uma hora de atenta observação, ausência de respiração após três minutos de desconexão do respirador, EEG isoeletrico, com exclusão de hipotermia (32,2°C) e uso de depressores do sistema nervoso central, sendo necessária a repetição dos testes clínicos em 24 horas (MORATO, 2009).

Em 1976, o Reino Unido publicou no Royal College of Medicine, o teste da apnéia como tentativa de padronizar e especificar alguns dos critérios já utilizados desde 1968. Introduziu também a opção de se utilizarem outros exames complementares, além do EEG. Neste mesmo documento foi determinado que a lesão completa do tronco cerebral era incompatível com a vida (MORATO, 2009).

Em 1981, foram apresentadas as atuais diretrizes para o diagnóstico de ME que incluíram a identificação adequada do paciente e da causa do coma, sua irreversibilidade, a exclusão de causas metabólicas e de intoxicações exógenas. Em 1995, a Associação

Americana de Neurologia (AAN) reafirmou estes critérios, sendo estes utilizados atualmente (CORREA NETO, 2010).

No Brasil, o conceito de ME foi estabelecido na legislação em 1968, com a realização do primeiro transplante a partir de um doador cadáver. Desde então, seguiu-se um período em que os hospitais, na maioria os universitários, estabeleceram seus próprios critérios de ME. Em 1991, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução 1.396/91 regulamentou os critérios de ME no âmbito nacional. Porém, somente em 1997 com a Lei nº 9.434/97 que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, foi delegado ao Conselho Federal de Medicina (CFM) a normatização do diagnóstico de ME. Essa foi estabelecida pela Resolução nº 1.480/97 (BRASIL, 1997; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997; GLEZER, 2004; CORRÊA NETO, 2010).

A Resolução do CFM nº 1.480/97 definiu a ME como: coma aperceptivo com arreatividade inespecífica dolorosa e vegetativa, com ausência de atividade motora supra-espinhal e apnéia, consequência de processo irreversível e de causa conhecida, mantido por mais de seis horas nos maiores de dois anos, corroborado por exame complementar que demonstre ausência de atividade elétrica ou metabólica cerebral ou ausência de perfusão cerebral, excluídos hipotermia e uso de depressores do sistema nervoso central.

A identificação de pacientes em ME ocorre principalmente em UTIs ou em Pronto Socorro (PS). Nesses serviços, encontram-se geralmente, pacientes com lesões neurológicas agudas graves, tais como hemorragia intracraniana, traumatismo cranioencefálico e lesão isquêmica, que frequentemente evoluem para ME (DOMINGOS; BOER; POSSAMI, 2010).

A detecção da ME é composta por duas etapas, o diagnóstico clínico e a realização de exame gráfico complementar. O primeiro deve ser realizado com intervalo de tempo conforme faixa etária do potencial doador: a) de sete dias a dois meses incompletos, repetir exame a cada 48 horas; b) de dois meses a um ano incompleto, repetir a cada 24 horas; c) de um ano a dois anos incompletos, repetir a cada 12 horas e acima de dois anos, repetir o exame com um intervalo de 6 horas (BRASIL, 1997). É importante enfatizar que os exames clínicos devem ser realizados por profissionais médicos diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante, e que um dos exames deverá ser realizado por um médico neurologista.

A etapa seguinte envolve a realização de exames específicos para morte encefálica, que incluem testes motores, avaliação das respostas

pupilares, avaliação do reflexo oculocefálico (fenômeno dos “olhos de boneca”), avaliação do reflexo oculovestibular (teste calórico com água gelada), avaliação dos reflexos corneal, de tosse e de náusea e teste da apnéia. Os exames comprobatórios de ME, incluem angiografia cerebral completa (para verificar a ausência de fluxo sanguíneo cerebral), angiografia cerebral radioisotópica, eletroencefalograma, Doppler transcraniano, tomografia computadorizada com contraste ou xenônio, SPECT (tomografia por emissão de fóton único para estudar os neurônios pré e pós-sinápticos), entre outros. Os dados clínicos e complementares observados devem ser registrados no termo de declaração de morte encefálica (BRASIL, 1997; MATTIA et al., 2010)

Após a constatação e documentação da ME, os familiares devem ser esclarecidos sobre o que significa a ME. A notificação do diagnóstico à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) é obrigatória por lei e nesse momento os exames de classificação do potencial doador são iniciados. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

Os potenciais doadores podem ser doador cadáver ou falecido ou doador vivo. O primeiro pode ser classificado como doador com ME – parada total e irreversível da atividade do tronco cerebral, sendo que a função cardiorrespiratória é mantida por aparelhos e medicações - doador com coração parado recente ou doador sem batimentos cardíacos - doador com parada recente, no qual é possível a retirada de órgãos, em especial rins – e doador em coração parado tardio. Este último trata-se de um cadáver com parada cardíaca não recente (até 6 horas) que pode ser doador apenas de tecidos. O doador vivo refere-se ao indivíduo saudável disposto a doar órgãos ou tecido (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2009). Ressalta-se que a autorização da doação e retirada de órgãos deve ser consentida pelos familiares conforme foi sancionado pela Lei nº10.211/1997.

Desta forma, após o consentimento familiar pela doação, faz-se necessário uma equipe de saúde capacitada, uma infra-estrutura do sistema de saúde capaz de absorver as demandas decorrentes desse processo, bem como o desenvolvimento de protocolos que permitam a avaliação da qualidade por meio da mensuração de resultados para garantir segurança e confiabilidade ética ao processo (ROZA, 2005).

Após a notificação a CNCDO, uma série de ações deve ser realizada para a manutenção efetiva do doador, otimizando a perfusão tecidual, assegurando a viabilidade adequada dos órgãos para transplante. Assim, o conhecimento das alterações fisiológicas que acometem vários órgãos e sistemas no paciente em condição de ME,

pelos profissionais que trabalham com doação de órgãos e tecidos, é um dos fatores que parece estar relacionado à melhoria de sobrevida do paciente (receptor) ou enxerto (órgão ou tecido transplantado) (ROZA, 2005). As ações recomendadas são o monitoramento cardíaco contínuo; da saturação de oxigênio; da pressão arterial; da pressão venosa central; do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base; do débito urinário e da temperatura corporal (RECH; RODRIGUES FILHO, 2007).

O enfermeiro de terapia intensiva deve conhecer as alterações fisiológicas da ME, para que juntamente com a equipe médica, possa conduzir o cuidado ao potencial doador. Ressalta-se que nesse contexto, o enfermeiro é um agente fundamental no processo que antecede ao transplante, uma vez que, a assistência oferecida neste momento contribui para um melhor desempenho na captação e, posteriormente, transplante de órgão ou tecido, proporcionando assim uma melhor sobrevida ao receptor (MENDONÇA; CASTRO; BRASILEIRO, 2010).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico é compreendido como um guia que orienta todo processo de investigação, desde a definição do problema até a análise e interpretação dos resultados (TRENTINI; PAIM, 2004). Ilumina o problema e proporciona a diretriz para a condução de todo o processo da pesquisa que, por sua vez, transforma o conhecimento ou a teoria existente, revertendo em influências para a prática.

Na busca de melhor compreender e sustentar a pergunta de pesquisa proposta nesta investigação, que tem como foco o cuidado ao paciente em morte encefálica experienciado pelos enfermeiros que atuam em UTI, optou-se pelo pensamento complexo como referencial teórico.

Para a compreensão do cuidado complexo em realidade ou situação complexa de saúde do ser humano em morte encefálica buscou-se fundamentar essas concepções à luz da Teoria da Complexidade proposta por Edgar Morin no seu enfoque sobre as interações humanas (relações, interações e associações).

A teoria da complexidade proporciona ao indivíduo um pensar conjuntamente, e enfatiza o abandono da concepção linear da causalidade, abrindo dessa forma o caminho para compreender os problemas humanos. Permite ainda a captura da multidimensionalidade

da realidade, o reconhecimento do jogo das interações e retroações e o enfrentamento das complexidades de forma a não reconhecer a realidade compartimentada.

O pensamento complexo, inserido no contexto da UTI, surge como uma motivação e convite para pensar/repensar o cuidado ao paciente em morte encefálica. Possibilita o desenvolvimento de olhares mais críticos e criativos sobre a realidade, de modo a reconstruir as práticas de cuidado a este paciente

4.1 FUNDAMENTOS DO PENSAMENTO COMPLEXO

4.1.1 Edgar Morin: Breve Biografia

Edgar Morin, pseudônimo de Edgar Nahoum, nasceu em Paris no dia 08 de julho de 1921, filho único de um casal de judeus. Em 26 de junho de 1931, aos nove anos vivenciou a morte de sua mãe, vítima de um ataque cardíaco. Essa perda instalou a morte em seu ser como dor, horror e segredo. Este acontecimento foi marcante em sua vida. Formou-se em História, Geografia e Direito. É pesquisador emérito do CNRS (*Centre Nationale de Recherche Scientifique*). Autor de mais de trinta livros, entre eles: *O método* (6 volumes), *Introdução ao pensamento complexo*, *Ciência com consciência* e *Os sete saberes necessários para a educação do futuro*. É considerado um dos principais pensadores contemporâneos e um dos principais teóricos da complexidade (PETRAGLIA, 2002). Dedicou-se ao estudo da complexidade, termo que apropriou da cibernética, desde a década de 1960. Para Morin, a complexidade não pode ser concebida como uma “solução ou clareza, mas surge como dificuldade, desafio, uma incerteza, uma motivação para pensar” (MORIN, 2008a, p. 177).

4.1.2 Fontes Filosóficas da Teoria da Complexidade

Morin, a partir de sua adolescência, começa a compreender o mundo por meio de uma cultura marcada por problemas sociais e questionamentos antropológicos. É influenciado pelo romantismo e pelo racionalismo, buscando o saber e a cultura por meio de variadas

leituras, do teatro, das novelas e, sobretudo, do cinema, no intuito de aprender e descobrir. Aos dezenove anos, filia-se ao Partido Comunista, no qual atuou por dez anos. Ao ingressar na faculdade, dedicou-se à Economia Política, visto que, naquele momento, era a área que detinha o poder e seu projeto pessoal era fazer, através da política, a humanização do processo econômico. Almejou ter conhecimento e informações das Ciências Sociais. Matriculou-se, simultaneamente nos cursos de História, Geografia, Direito, frequentando, também, disciplinas de Ciências Políticas, Sociologia e Filosofia. Concluiu os estudos em 1942 (PETRAGLIA, 2002).

Em 1951, foi expulso do Partido Comunista por divergências em relação ao estalinismo e críticas ao dogmatismo. Ingressa, no mesmo ano, no *Centre Nationale de Recherche Scientifique (CNRS)* na condição de pesquisador, onde ficou até 1989. Torna-se mestre de pesquisa em 1961 e, em 1970, doutor de pesquisa (PETRAGLIA, 2002).

Por seu trabalho, recebeu vários prêmios, entre eles o Prêmio Europeu de ensaio Charles Veillon – 1988, Prêmio Viareggio Internacional – 1989, Palma de Ouro do Festival de Struga – 1990 e Prêmio Europeu da mídia pela cultura – 1991.

É Doutor Honoris Causa pela Universidade de Perugia, em Ciências Políticas, Universidade de Palermo, em Psicologia, Universidade de Genebra, em Sociologia, Universidade de Bruxelas, em Ciências Sociais e Laus Honoris Causa pelo Instituto Paiget, em Lisboa.

Contemporâneo de Henri Atlan, Ilya Prigogine, Félix Guattari e Monod, Edgar Morin ao longo de sua vida sofreu várias influências em momentos distintos da história e, também, suas ideias influenciaram e influenciam muitos pensadores filósofos e estudiosos de diversas áreas da ciência. Nas ciências sociais e políticas, foi influenciado pelos textos de Marx, Charles Gide, Simiand, Pirou, Hauser e outros; na Psicologia, por Freud, Jung, Lacan, Rank, Ferenczi e Bachelard; na Filosofia por Montaigne, Pascal, Rousseau e Proust. Historiadores como Lamartine, Aulard, Jaurès e Mathiez também o influenciaram. Na reflexão sobre a ciência, compartilhou de muitas ideias de Castoriadis, Serres, Husserl, Kuhn, Popper, Lakatos e Feyerabend (PETRAGLIA, 2002).

O universo cultural de Morin também o influenciou no que tange ao cultivo pessoal, no lapidar de sua sensibilidade e no delinear de seus padrões estéticos, no gosto pelas artes e na definição de seu estilo literário marcado pelo rigor do texto, pela coerência de pensamento. Tiveram importância em sua formação as obras de Molière, Shakespeare e Cervantes, como também Balzac e Flaubert e ainda Tolstói e Dostoievski.

Morin esteve submetido à pressão simultânea de duas ideias contrárias: o sentimento da irreducibilidade da contradição e o sentimento da complementaridade dos contrários. Nesse processo de encontros, aprendizados, reaprendizados e reorganização dos princípios do conhecimento, concebe a ideia de uma obra que se chamaria O Método. Nesta obra trabalhou desde meados da década de 1970, da qual publicou seis volumes entre 1978 a 2004 trazendo o paradigma científico da modernidade, passando a ser reconhecido como o pioneiro e o principal teórico do paradigma emergente da ciência na virada do século XX para o XXI: o pensamento complexo (SÓ FILOSOFIA, 2010).

4.1.3 O Pensamento Complexo

Morin em suas reflexões contrapõe-se ao pensamento simplificador, reducionista e mutilante. A complexidade é compreendida como um tipo de pensamento que não separa, mas une e busca relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida humana. Para explicar a complexidade, Morin (2008a) se utiliza da proposição de que somos seres humanos ao mesmo tempo físicos, biológicos, sociais, culturais, psíquicos e espirituais e que a complexidade é tentar conceber a articulação, a identidade e a diferença de todos esses aspectos. Ao contrário, o pensamento simplificador separa esses diferentes aspectos, ou unifica-os por uma redução mutilante. O pensamento complexo não pretende oferecer todas as informações sobre um fenômeno estudado, mas respeitar suas diversas dimensões (MORIN, 2008a).

O termo latino *complexus*, no sentido original, significa “o que é tecido junto”. Existe complexidade quando elementos heterogêneos que constituem o todo são inseparáveis e existe um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre as partes e o todo, e entre o todo e as partes. É preciso substituir um pensamento que isola e separa por um pensamento que une e distingue (MORIN, 2008b).

Dessa forma, Morin (2008a) afirma que ao dialogar com os elementos que compõem o todo, geram-se conexões e interações conflitantes como: ordem/desordem, certeza/incerteza ou mesmo um encontro entre ideias diferentes, favorecendo a reunião dos conhecimentos e saberes, possibilitando dessa forma o diálogo com as diversas dimensões que constituem os fenômenos e objetos.

Para compreender melhor a complexidade, busca-se gerar alguma imagem/ideia sobre o seu significado. Dessa forma, reportar-se a algo complicado e de difícil solução. Morin destaca a importância de diferenciar a complexidade de complicação. Aquilo que é complicado pode ser simplesmente reduzido, apesar da redução ser absolutamente necessária num primeiro momento, porém estúpida tão logo se torne suficiente, que tente explicar tudo (MORIN, 2008b).

Sousa (2008) afirma que o pensamento complexo proposto por Morin nos estimula a enfrentar a complexidade de nosso mundo tanto interior quanto exterior, a olharmos para nós mesmos, com nossas fraquezas e medos, com um olhar profundo, olhando-nos e pensando-nos de maneira complexa, múltipla e singular.

Em relação ao pensamento complexo, Morin afirma que existem pelo menos dois mal entendidos fundamentais. “O primeiro consiste em conceber a complexidade como receita, resposta, ao invés de considerá-la como desafio ou motivação para pensar. E o outro é confundi - lá com completude” (MORIN, 2008a, p.176).

A complexidade apresentada por Morin (2008b, p.93) está composta por sete princípios básicos, que norteiam a forma de pensar complexa, demonstrando-se complementares e interdependentes entre si. Segue a descrição de cada princípio:

1. *Princípio sistêmico ou organizacional* liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, sendo este compreendido como mais e menos que a soma das partes, tendo algumas de suas qualidades inibidas pela organização do conjunto. No universo nada está isolado, tudo está em relação. A organização é aquilo que constitui um sistema a partir de elementos diferentes. É, ao mesmo tempo, uma unicidade e uma multiplicidade.
2. *Princípio holográfico* põe em evidência que “não só a parte está no todo, mas também o todo está na parte” (MORIN, 2008a, p. 181). Isso significa, segundo Morin que trocamos um tipo de explicação linear por um tipo de explicação em movimento, onde transitamos das partes para o todo, do todo para as partes, para tentar compreender o fenômeno. Sousa (2008, p.89) afirma que o “todo pode apresentar qualidades e propriedades não presentes nas partes, já que essas podem emergir na construção desse todo”. As partes por sua vez podem apresentar características que não são apresentadas pelo todo. Nascimento (2005) complementa que neste princípio não

significa dizer que a parte seja um reflexo puro e simples do todo, pois cada parte mantém a sua singularidade e sua individualidade, mas de algum modo contém o todo. Como exemplo, Morin nos mostra que a totalidade do patrimônio genético está presente em cada célula individual e a sociedade está presente em cada indivíduo, enquanto todo, através de sua linguagem, sua cultura, suas normas.

3. *Princípio da retroatividade* foi introduzido por Norbert Wiener, permitindo o conhecimento dos processos auto-reguladores. Rompe com o princípio da causalidade linear: a causa age sobre o efeito, e o efeito age sobre a causa. Um exemplo é a “homeostasia” de um organismo vivo que é um conjunto de processos reguladores baseados em múltiplas retroações que podem ser diferenciados em negativo quando permitem reduzir o desvio da meta; ou positivos que agem como mecanismo amplificador.
4. *Princípio da recursividade* representa um circuito em que os produtos e os efeitos são, eles mesmos, produtores e causadores daquilo que os produz. Neste princípio da recursividade rompe-se com ideia linear de causa/efeito, produto/produtor.
5. *Princípio da autonomia/dependência (auto-eco-organização)* apresenta a relação entre os seres humanos, seres auto-eco-organizadores, que se reproduzem incessantemente, com gasto de energia para manter a sua autonomia e retiram da natureza energia necessária para a sua sobrevivência. Morin afirma que a autonomia do ser humano, ao se auto-produzir, é inseparável da dependência do ambiente em que vive. Embora autonomia/dependência pareçam ideias contrárias, são ao mesmo tempo, complementares.
6. *Princípio dialógico* permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias, como ordem, desordem e organização, para conceber um mesmo fenômeno complexo, ou seja, une dois princípios ou noções que na concepção tradicional, um excluiria o outro, mas aqui são inseparáveis numa mesma realidade, e tornam-se complementar. Dialógico quer dizer que duas lógicas estão unidas sem que a dualidade perca-se nesta unidade.
7. *Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento* refere-se à restauração do sujeito e dá ênfase à percepção da teoria científica. Todo conhecimento é uma

reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, numa certa cultura e num determinado tempo.

A figura abaixo sintetiza os princípios do pensamento complexo proposto por Morin.



Figura 1 – Sete Princípios básicos do Pensamento Complexo proposto por Edgar Morin

De acordo com Sousa (2008, p.90) “a complicação, a desordem, a contradição, a dificuldade lógica, os problemas da organização formam o tecido da complexidade”. Esta é formada por um tecido com diferentes fios que se transformam, se entrecruzam e se entrelaçam até formar a unidade e a diversidade da complexidade.

A complexidade estabelece que se aprenda a pensar conjuntamente ordem e desordem. Mas, para se constituir o diálogo entre ordem e desordem, é preciso associá-las a “ideia do tetragrama” proposto por Morin: ordem/desordem/interação/organização (MORIN 2007, 2008a). A dialógica entre esses termos são necessárias para complexidade, pois, cada um é dependente do outro para se constituir, é complementar do outro, mesmo sendo antagônico do outro.

Em seguida, apresenta-se o marco conceitual elaborado a partir das ideias de Morin e ajustado à realidade vivenciada no cenário da prática onde foi desenvolvido este estudo.

4.2 MARCO CONCEITUAL

É um conjunto de conceitos gerais e abstratos que determina o foco da investigação e objetiva descrever, classificar e relacionar fenômenos de forma organizada e coerente.

Conceitos, do latim *conceptus*, de *concupere* são palavras que descrevem imagens mentais de um fenômeno. Wall (2008) relata que é uma classificação ou categorização que fornece um resumo, uma denominação precisa das ideias relacionadas ao fenômeno. É importante ressaltar que neste estudo os conceitos foram úteis para guiar o estudo, mas não devendo ser entendidos como uma estrutura rígida.

A partir destas considerações, apresentamos algumas concepções iniciais sobre: **ser humano, enfermagem, saúde, ambiente de cuidado, cuidado, cuidado complexo, condição biológica na morte encefálica, cuidado ao ser em morte encefálica.**

4.2.1 Ser humano

O ser humano é compreendido como um ser que apresenta dimensões/aspectos de sua realidade humana, que são multidimensionais, a saber: biológicos, psicológicos, sociais, espirituais, econômicos, sociológicos, históricos, dentre outros. Estas dimensões/aspectos mesmo distintas estão unidas perfazendo o mesmo ser humano e tornando-o complexo, “ao tentar conceber a articulação, a identidade, e a diferença entre todos estes aspectos” (MORIN, 2008a, p.176).

É preciso reconhecer que, potencialmente, todo ser humano não é apenas ator, mas autor, capaz de cognição/escolha/decisão, inserido num contexto social/cultural que o envolve, transforma e que também é transformado por ele (MORIN, 2008b)

O ser humano em evidência nesta investigação é visto sob dois aspectos: ser humano como enfermeiro (ser cuidador) e o ser humano em ME (ser cuidado). Existe uma relação/interação/associação entre ambos. O primeiro está envolvido no cuidado de outro ser humano, porém numa situação/condição complexa – em morte encefálica. O enfermeiro envolvido neste cuidar deve propiciar efetivo cuidado humano, resgatando a sensibilidade, tentando identificar as necessidades que o ser cuidado não pode transmitir. “É observar enxergando o outro

com os olhos físicos e os olhos do coração” (NASCIMENTO, ERDMANN, 2006, p.339).

O cuidador é um ser diferente, singular, ser de relações, contextualizado; alguém que está no mundo e com o mundo. Valoriza a experiência do ser humano que cuida dialogando amorosamente; constrói conhecimento na dimensão sensível, mas se utiliza de procedimentos técnico-científicos como instrumentos para facilitar o bem-estar e satisfação do outro, mesmo que este outro não seja capaz de expressar satisfação, como o paciente em ME.

O ser humano em morte encefálica não deve ser compreendido neste estudo pela perspectiva do paradigma cartesiano, ou seja, apenas como um ser morto que não necessita de cuidados. Deve-se avançar o olhar sobre este ser, que apresenta em si elementos próprios de quem está vivo, mas que também sustentam a sua morte (VARGAS; RAMOS, 2006). O paciente em ME é reconhecido nesta pesquisa para além de um corpo morto. Acredita-se que este ser humano não “deve deixar de ser singular e transformar-se em um objeto” (NASCIMENTO, TRENTINI, 2004), uma vez que se for bem cuidado permitirá a vida a outros seres.

4.2.2 Enfermagem

A Enfermagem, neste estudo, é compreendida de semelhante modo como foi proposto por Klock (2009), como um sistema complexo, atuante no individual e no coletivo, nas ações de cuidado/descuidado do ser humano, buscando autonomia, assumindo e compartilhando responsabilidades de forma ética.

A Enfermagem tem o compromisso de contribuir para o aprimoramento das condições de vida e viver saudável, buscando um existir mais harmonioso para todos os seres (NASCIMENTO, ERDMANN, 2006). Contudo, não podemos esquecer que a Enfermagem também tem o compromisso de desenvolver suas ações objetivando não somente o momento sublime da vida, o nascimento, mas compromete-se com o momento desconhecido em sua essência, o momento da morte. A enfermagem é fundamental para a manutenção dos cuidados com o paciente em ME, pois assume a responsabilidade de manter a estabilidade deste paciente.

A Enfermagem em UTI possui uma característica peculiar do sistema complexo, é a não linearidade, onde os efeitos de uma ação não podem ser programados, pois eles são disseminados em diferentes

ambientes e contextos. Uma ação de proteger as córneas do paciente em ME, potencial doador de órgãos, pode ir além de viabilizar o órgão para o transplante, pode indicar para os familiares que a equipe está importando-se com seu ente querido, pode até mesmo contribuir para uma nova vida.

4.2.3 Saúde

A saúde é compreendida como um sistema complexo, não linear, que por sua vez agrega relação/interação/associação do ser humano, da equipe de saúde, da comunidade, da família em interface com o ambiente. As dimensões do estado de saúde do ser humano são resultantes das “condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde” (BRASIL, 2006). O enfoque a saúde requer um olhar pluri, multi, inter ou transdisciplinar para se ter uma visão significativa da mesma, não apenas simplificá-la como mera ausência de doença.

4.2.4 Ambiente de Cuidado

O ambiente de cuidado do presente estudo é uma UTI, cenário considerado de alta complexidade, destinado a assistir pacientes graves e instáveis devido ao aparato tecnológico e informatizado de ponta que dispõe. Apresenta um ritmo acelerado, no qual são realizados procedimentos invasivos e agressivos, e onde a vida e a morte se fazem presente constantemente, sendo que a morte, muitas vezes, é iminente.

A complexidade dessa unidade não se dá apenas pela tecnologia utilizada, mas o processo de cuidar que os enfermeiros empregam aos pacientes ali internados exige uma complexidade de saberes técnicos e científicos devido a gravidade da condição de saúde dos pacientes. Estas unidades críticas exigem ainda o pensar e o agir prontamente, pois se trabalha com situações extremas entre vida e morte.

É um ambiente que envolve múltiplas interações e relações entre os profissionais que executam o cuidado ao paciente em ME. Estas interações e relações na perspectiva do cuidado a este paciente ocorrem entre a equipe da UTI com a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de

Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), Central de Transplante, e também com os familiares.

Os pacientes em condição de ME devem ser cuidados em UTI para a adequada manutenção dos órgãos. O ideal é que permaneçam neste ambiente de cuidado até que a doação seja efetivada. Para tanto, é necessário que o enfermeiro intensivista delibere cuidados mediante as necessidades identificadas nestes pacientes.

4.2.5 Cuidado

O cuidado é considerado o foco central ou a essência da enfermagem; consagrado e identificado como objeto do ser e do fazer da enfermagem. Waldow (1992) refere que é visto como resultado do processo de cuidar; como experiência vivida entre os seres humanos e como forma de interação entre enfermeira e o ser cuidado. É um processo interativo entre quem cuida (enfermeiro) e quem é cuidado, no contexto desta investigação, o paciente em ME.

Para Erdmann (1998, p.60) o cuidado humano pode ser visto como “polifuncional e polivalente”, contém como propriedade a relação pessoa-pessoa e está presente na vida humana, no seu processo vital, nas condições naturais e sociais do pré conceber, nascer, crescer, desenvolver, envelhecer e morrer/transcender. O cuidado é necessário à manutenção das espécies, como forma de enfrentamento das circunstâncias a que estão expostas, o essencial à organização de qualquer sociedade.

A efetivação do cuidado de enfermagem, como produto de múltiplas interações humanas e sociais requer, a priori, a formação de profissionais cidadãos, capazes de atuar intencionalmente sobre as diferentes dimensões constituintes da natureza humana, ou seja, nas dimensões sociocultural, afetiva, cognitiva e biofisiológica (ERDMANN, 1996).

O cuidado está sempre presente na vida humana, no seu processo vital desde o pré-conceber até o morrer. Ainda, que o ato/ação de cuidar possa ser aprendido, desaprendido, reaprendido e partilhado, é único, particular e singular ocorrendo em momentos, espaços e movimentos nas situações múltiplas de viver social (ERDMANN, 1996).

O cuidado como fenômeno do processo de cuidar, trazido por Waldow (2006), é representado pela forma como ocorre o encontro entre o cuidador e o ser cuidado. Para a autora, o cuidado é

imprescindível em todas as situações, sejam de enfermidades, incapacidades, no processo de morte, na ausência de enfermidades e no cotidiano dos seres humanos. O cuidado tem como objetivos, entre outros, “aliviar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, restaurar, dar, fazer” (WALDOW, 2006, p.89).

Dessa forma, o cuidar não pode ser visto como um ato único, nem mesmo como a soma de procedimentos técnicos. Trata-se de um processo que envolve sentimentos, valores, atitudes e princípios científicos, com a finalidade de satisfazer os indivíduos nele envolvidos, inclusive nos pacientes em ME.

4.2.6 Cuidado Complexo

O cuidado complexo na concepção de Erdmann et al. (2006) se reveste de diálogo, compreensão do ser humano, sensibilidade para ouvir atentamente, carinho, amor, respeito, conhecimento, habilidade técnica avançada ou saberes específicos sobre a saúde, a doença, a organização dos cuidados e dos serviços de saúde, as políticas sociais, dentre outros.

Compreende-se cuidado complexo de semelhante modo como proposto por Erdmann et al. (2006) e acrescenta-se que o próprio cuidado de enfermagem, é um cuidado complexo, multidimensional por focalizar-se no ser humano que também é complexo, como descrito anteriormente. “Este cuidado se reveste de uma dinâmica singular determinada pelas múltiplas relações, interações e associações” (ERDMANN, BACKES, MINUZZI, 2008).

O cuidado no paradigma da complexidade exige do cuidador responsabilidade, solidariedade, transformação no modo de perceber o ser humano. É auto-organizador, dialógico, plural, interconectivo e potencializador das ações de cuidado (ERDMANN et al., 2006).

4.2.7 Condição biológica na morte encefálica

O conceito de morte encefálica modificou-se ao longo dos anos em decorrência do progresso das novas técnicas de ressuscitação e suporte avançado para o atendimento do ser humano criticamente enfermo. Entre estas técnicas, pode ser citado como principais: o suporte

ventilatório mecânico, as drogas vasoativas e a circulação extracorpórea. O conceito antigo de morte era definido como “a cessação irreversível das funções cardíaca e respiratória” (TERRA et al., 1994).

O mesmo autor afirma que com o advento das Unidades de Terapia Intensiva nos anos 60, houve necessidade de modificação do conceito de ME. Passou-se então, a se deparar com um novo tipo de paciente que não apresentava nenhum tipo de atividade encefálica, mas que mantinha batimentos cardíacos por períodos variáveis, desde que mantidos em ventilação artificial e suporte de vida adequado. A evolução destes pacientes em que não havia retorno da atividade do Sistema Nervoso Central mostrava uma evolução inexorável para a morte em períodos de algumas semanas ou meses. Houve, portanto, uma necessidade de rever-se o conceito de ME.

Em 1997, ocorreu a regulamentação do diagnóstico de ME, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que definiu a mesma como situação irreversível de todas as funções respiratórias e circulatórias ou cessação irreversível de todas as funções do cérebro, incluindo o tronco cerebral, e que deveria ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida.

Então a ME neste estudo foi compreendida como um processo complexo que altera a fisiologia de todos os sistemas orgânicos ocasionando a morte cerebral, incluindo tronco cerebral, sendo este responsável pelo controle da respiração. Quando aquela ocorre, a parada cardíaca é inevitável. Embora ainda haja batimentos cardíacos, a pessoa com morte cerebral não pode respirar sem o auxílio dos aparelhos e o coração não baterá senão por algumas horas. Por isso, a ME caracteriza a morte do indivíduo.

Diante de um paciente com diagnóstico de ME, este ainda teria seus órgãos funcionando, sendo, portanto, um ser que conteria em si, “elementos próprios de quem está vivo e, ao mesmo tempo, elementos que sustentaria a sua morte” (VARGAS; RAMOS, 2006). Dessa forma, podemos correlacionar com o princípio dialógico proposto por Morin (2008b) onde se concebe uma dialógica morte/vida em um mesmo indivíduo em ME. O pensamento complexo, dessa forma, assume dialogicamente os dois conceitos que deveriam se excluir, mas neste estudo são complementares.

4.2.8 Cuidado ao ser humano em morte encefálica

O objetivo do cuidado ao ser humano em ME é otimizar a perfusão tecidual, assegurando a viabilidade dos órgãos e, dessa forma, aumentar o número de órgãos captados e a qualidades dos mesmos. Daí a importância de direcionar as atenções a este paciente com o mesmo empenho e dedicação que a qualquer outro internado na UTI potencialmente recuperável.

Convém ainda enfatizar que o cuidado proporcionado ao paciente em ME exige do cuidador não apenas habilidades técnicas, mas envolve múltiplos aspectos (físicos, biológicos, psicológicos, sociais, espirituais, econômicos, políticos, sociológicos e históricos) e que estão intimamente interligados. O fato do cuidador não conseguir lidar com algum desses aspectos poderá levá-lo a não cuidar de maneira adequada ou até mesmo descuidar do paciente nesta condição.

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa.

A orientação metodológica foi a abordagem qualitativa no intuito de se obter resposta ao problema exposto na introdução desta investigação. A característica fundamental da pesquisa qualitativa é que ela busca compreender e interpretar a realidade, partindo do pressuposto de que as pessoas agem conforme suas crenças, valores, sentimentos, percepções e que seu comportamento está relacionado a um sentido, um significado que necessita ser conhecido, ser desvelado (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2004). Strauss e Corbin (2008, p.24) acrescentam que os métodos qualitativos podem ser utilizados para se “obter detalhes sobre fenômenos como sentimentos, processos de pensamento e emoções”.

Para atender ao objetivo da investigação, a *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) foi selecionada como opção metodológica para guiar a coleta e a análise dos dados com a finalidade de compreender o fenômeno do cuidado ao paciente em morte encefálica. Este método visa compreender a realidade a partir da percepção ou significado que certo contexto ou objeto tem para a

pessoa, gerando conhecimentos, aumentando a compreensão e proporcionando um guia significativo para a ação (STRAUSS; CORBIN, 2008). A intenção da TFD é construir um modelo conceitual que explique um fenômeno específico a partir do desenvolvimento e inter-relação de conceitos. A compreensão do fenômeno emerge dos dados por meio de um conjunto de procedimentos sistemáticos capaz de desenvolver uma teoria.

Esta metodologia foi idealizada em 1967, por dois sociólogos americanos, Barney Glaser e Anselm Strauss, professores de sociologia da Universidade de Califórnia, São Francisco, Estados Unidos. A partir de suas experiências, uniram-se para desenvolver técnicas para análise de dados qualitativos. Anselm Strauss embasou-se no Interacionismo simbólico e pragmatismo, e utilizava a metodologia qualitativa. Barney Glaser se destacava no método quantitativo, o que contribuiu para a formulação de um conjunto de procedimentos sistemáticos para o desenvolvimento da pesquisa. Consideraram que as teorias deveriam ser baseadas nos dados do campo, especialmente nas ações, interações e processo social das pessoas. (CRESWELL, 1998; FALCÓN, 2007; KOERICH, 2009; DANTAS et al., 2009).

A TFD “explora a riqueza e a diversidade da experiência humana e consiste numa forma de estudar fenômenos que são descobertos, desenvolvidos conceitualmente e verificados por um processo de coleta e análise dos dados sistematicamente conduzidos” (SOUSA, 2008). Complementando tal consideração, este método permite a construção de teoria apoiada e fundamentada nos dados da investigação de maneira indutiva e dedutiva que, mediante a organização em categorias conceituais, permite a explicação do fenômeno investigado (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O processo para compor a amostra, denomina-se **Amostragem Teórica**. Nesse processo o pesquisador coleta, codifica e analisa seus dados, decidindo quais dados irá coletar em seguida e onde encontrá-los, no intuito de desenvolver a teoria. Os grupos de participantes ou grupos amostrais vão sendo selecionados progressivamente para integrar a amostra, não podendo ser designados previamente a quantidade de grupos. São formados de acordo com a análise dos dados, as hipóteses geradas, a construção das categorias, visando alcançar o objetivo proposto. Dessa forma, os participantes do segundo grupo amostral são selecionados de acordo com os dados que surgiram no primeiro grupo.

Para a construção de uma TFD é necessário que o pesquisador tenha envolvimento com o objeto de estudo, disponibilidade de tempo, criatividade, domínio dos preceitos do método, capacidade dedutiva e

indutiva e sensibilidade teórica. Essa última é uma característica fundamental desse método que deve ser compreendida como a capacidade do pesquisador de perceber e compreender o significado dos dados e discernir o que é ou não relevante para o estudo (SANTOS; NÓBREGA, 2002).

Na Enfermagem, vários estudos têm utilizado a TFD como referencial metodológico, no intuito de compreender o significado das experiências/ vivências dos sujeitos no processo social, tais como: LACERDA, 2000; BETINELLI, 2001; MELLO, 2005; FÁLCON, 2007; SOUSA, 2008; LANZONI, 2009; KLOCK, 2009; KOERICH, 2009. Neste estudo pretende-se compreender o significado de cuidado ao paciente em morte encefálica para o enfermeiro.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Universitário Unidade da região Nordeste do Brasil. Trata-se de um hospital de assistência, ensino, pesquisa e extensão, com capacidade de 506 leitos, destinados 100% aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) – sua fonte de financiamento. Possui um perfil assistencial de serviços de Alta complexidade, que o torna Centro de Referência Estadual. É formado por duas grandes unidades hospitalares, sendo uma com 257 leitos, que oferece os serviços assistenciais em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ambulatórios Especializados, Neurocirurgia, Traumatologia-ortopedia, Obesidade, Transplantes, Hemodinâmica, UTI Geral e Cardíaca, Litotripsia, Terapia Renal Substitutiva (TRS) entre outros. Encontra-se habilitada para realizar os transplantes de rim, córneas e coração e está em processo de credenciamento ao transplante de fígado, sendo, dessa forma, referência em captação e transplante de órgãos no Estado do Maranhão. A outra unidade possui 249 leitos, oferecendo assistência integral à saúde da mulher e à criança.

Esse local foi selecionado devido à familiaridade da pesquisadora e a facilidade no acesso aos participantes do estudo.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A intenção no início da coleta de dados era entrevistar apenas os

enfermeiros que atuavam em UTI. Porém, no desenvolvimento da pesquisa, a partir da análise dos dados (codificação das entrevistas, memorandos e diagramas) e das hipóteses construídas ao longo desse processo, surgiu a necessidade de se buscar outros participantes constituindo assim três grupos amostrais para a compreensão do fenômeno.

Participaram do primeiro grupo amostral quatro enfermeiras assistenciais que desempenhavam suas atividades na UTI do hospital universitário e que tinham vivenciado a experiência de cuidar do paciente em morte encefálica. Todas eram do sexo feminino, com faixa etária entre 24 a 39 anos, e atuavam na UTI entre 1 a 7 anos.

O segundo grupo amostral foi composto por quatro enfermeiros que desenvolviam suas atividades no serviço de captação de órgãos e transplante do referido hospital, sendo dois da CIHDOTT e dois da Central de Transplante. Apenas um era do sexo masculino. Os participantes desse grupo tinham idades entre 25 a 49 anos, com tempo de experiência na UTI de 6 meses a 19 anos.

O terceiro grupo amostral foi constituído por quatro enfermeiros que haviam trabalhado na UTI em período anterior à implantação do serviço de transplante no referido hospital, com experiência neste setor entre 8 a 19 anos. Tinham idades entre 54 a 64 anos. Apenas um era do sexo masculino. Atualmente estão atuando em outras unidades do hospital.

Nos dois últimos grupos amostrais foram utilizados os mesmos critérios de inclusão do primeiro grupo bem como a disponibilidade dos enfermeiros em participar da pesquisa.

Strauss e Corbin (2008, p.195) afirmam que o objetivo da amostragem teórica é “procurar locais, pessoas, ou fatos que maximizem oportunidades de descobrir variações entre conceitos e de tornar densas categorias em termos de suas propriedades e de suas dimensões”. O tamanho da amostra teórica foi determinado pela **Saturação Teórica** dos dados, conforme preconiza a TFD. A saturação teórica dos dados segundo Strauss e Corbin (2008) ocorre quando não surgir novos dados importantes em relação a uma determinada categoria; quando essa estiver bem desenvolvida nas suas propriedades e dimensões; e quando as relações entre as categorias estiverem bem estabelecidas e validadas. Para alcançar a saturação teórica o estudo envolveu um total de 12 participantes.

5.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados nos meses de dezembro de 2010 a junho de 2011 utilizando-se como técnica de coleta a entrevista aberta, sendo esta norteada pela seguinte pergunta: **O que significa para você cuidar do paciente em morte encefálica?** As outras perguntas foram direcionadas pela pesquisadora, a partir das respostas dos participantes, levando-os a refletirem sobre suas práticas de cuidados ao paciente em morte encefálica.

Entende-se por entrevista aberta como uma “conversa com finalidade”, em que um esquema de pensamento é elaborado pelo pesquisador no intuito de encontrar fios relevantes para o aprofundamento da conversa. A ordem dos assuntos tratadas neste tipo de entrevista é determinada frequentemente pelas próprias relevâncias e ênfases que o entrevistado dá ao assunto abordado (MINAYO, 2008).

A questão norteadora supracitada configurou-se como importante para todas as participantes do primeiro grupo amostral. Para o segundo grupo amostral a pergunta de pesquisa foi elaborada a partir das hipóteses resultantes do primeiro grupo, que apontaram que o cuidado ao paciente em ME é complementado/compartilhado com o serviço de captação de órgãos e transplante. Dessa forma, a questão norteadora para este grupo foi **Como estão organizadas as práticas de cuidado ao paciente em morte encefálica? Como se dá o processo de complementaridade do cuidado a este paciente?** Os enfermeiros do segundo grupo amostral referiram que com a evolução do conhecimento científico na área de transplante houve modificação no cuidado ao paciente em ME. Desse modo, considerou-se importante buscar a compreensão de como era o cuidado ao paciente em ME antes da consolidação das políticas de transplante. Assim, Ao último grupo amostral foi perguntado: **Como era o cuidado ao paciente em morte encefálica quando você trabalhava na UTI? Como foi a sua experiência em cuidar deste paciente?**

Na pesquisa qualitativa, a entrevista caracteriza-se como importante instrumento, por possibilitar a produção de conteúdos diretamente fornecidos pelos sujeitos envolvidos no processo. O entrevistador, com esse instrumento, pretende elucidar as informações pertinentes ao seu objeto de investigação. Para Marconi e Lakatos (2010, p. 80), a entrevista “é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto,

mediante uma conversação de natureza profissional”. Trata-se, portanto, de uma conversação efetuada face a face de maneira metódica. Isto é, pensada e planejada. O planejamento compreende pensar sobre o local da entrevista, a(s) pergunta(s), o processo interativo entre os envolvidos e o que diz respeito à gravação de qualidade. A função do entrevistador é de incentivo, levando o informante a refletir sobre determinado assunto, sem, entretanto, forçá-lo a responder (MARCONI, LAKATOS, 2010, p. 82).

As entrevistas foram individuais, gravadas em meio digital, transcritas logo após terem sido realizadas. Foram revisadas minuciosamente, comparando-se o texto com o áudio. Em seguida, reapresentadas aos participantes do estudo por meio de um novo encontro, no intuito de permitir que os dados fossem validados por eles, para correções e acréscimos, casos julgassem necessários.

Em média, a investigadora teve dois encontros com cada participante, sendo o primeiro para explicar o objetivo da investigação e realizar a entrevista e o outro para validá-la. O local da entrevista foi escolhido pelos participantes segundo a disponibilidade de dia e horário de cada um. As entrevistas tiveram duração média de trinta minutos. As transcrições foram organizadas em quadros para facilitar o processo de análise.

Transcrição Entrevista n. Data: Duração:
Conteúdo da entrevista

Quadro 1: Modelo do processo de transcrição do conteúdo das entrevistas

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados utilizando-se o método da **Análise Comparativa** que consiste no processo dinâmico em que os dados são coletados e constantemente comparados entre si, entre eles e os códigos, entre os códigos e os conceitos, entre os conceitos e as categorias.

O processo de análise na TFD compreende três momentos: a

codificação aberta, a axial e a seletiva. A **codificação aberta** ou codificação inicial é o primeiro passo analítico que consiste no processo de separar, examinar, comparar e conceitualizar os dados brutos. Nesta etapa, os dados brutos foram analisados “linha por linha” com o objetivo de encontrar sentido a frase. Esse processo denomina-se “conceituação”, pois é uma “representação abstrata de um fato, de um objeto de uma ação/interação que um pesquisador identifica como importante nos dados” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.105). Ao se identificar cada ideia/incidente/evento foi dado um nome, formando os códigos preliminares. Quando a ideia/incidente/evento apresentava características em comum com outra anteriormente citada, se atribuía o mesmo conceito. Ressalta-se que os códigos preliminares foram escritos tentando preservar as falas dos participantes.

Nesta etapa o pesquisador deve minimizar os pré-conceitos e manter-se aberto a todo e qualquer sinal que os dados indicarem (MELLO, 2005; STRAUSS, CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

Conteúdo da entrevista 02 Primeiro Grupo Amostral	Códigos preliminares
O significado de ser enfermeiro cuidando do ser em ME traduz a maior grandeza do nosso cuidado. Porque a gente quando forma pensa em tratar vidas, cuidar de vidas. E o que passam para gente é que o paciente em ME já não tem praticamente vida, então é um cuidado mais paliativo. E isso é o mais complicado para mim porque eu não consigo ver aquele ser como um ser praticamente morto. Acaba sendo muito delicado por conta disso.	02.273.01 Caracterizando o cuidado do ser enfermeiro ao ser em ME como a maior grandeza 02.274.01 Explicando que o ser enfermeiro é formado para tratar vidas 02.275.01 Explicando que o ser enfermeiro é formado para cuidar de vidas 02.276.01 Definindo o ser em ME como não tendo praticamente vida 02.277.01 Adjetivando o cuidado ao paciente em ME como cuidado mais paliativo 02.278.01 Referindo que o cuidado ao paciente em ME é complicado por ser paliativo 02.279.01 Não conseguindo ver o paciente em ME como um ser praticamente morto 02.280.01 Caracterizando o cuidado ao paciente em ME como delicado por conta

<p>Porque eu não consigo perceber aquela pessoa como sem expectativa de vida, e muitas pessoas acham que ela não é digna de outros cuidados e que uma pessoa, por exemplo, que tem um prognóstico bom deveria ter. Para mim é bem complicado acabar tratando justamente por esse ponto.</p>	<p>dele está praticamente morto 02.281.01 Não conseguindo ver o paciente em ME como sem expectativa de vida 02.282.01 Afirmando que muitos profissionais consideram que o paciente em ME não é digno de cuidados semelhantes ao de um paciente com bom prognóstico 02.283.01 Afirmando que muitos profissionais consideram que o paciente com bom prognóstico é digno de cuidados 02.284.01 Diferenciando o cuidado ao ser em ME do paciente crítico 02.285.01 Afirmando que o cuidado ao paciente em ME é complicado</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 2: Exemplificando a Codificação aberta

Para facilitar a organização dos dados na codificação aberta, adaptou-se do modelo que foi proposto por Sousa (2008). Os códigos preliminares foram identificados por ordem numérica crescente no intuito que pudéssemos identificá-los por entrevista, por código e pela página da transcrição. Logo, quando coloca-se: **02.273.01** significa que trata-se do código número 273, da segunda entrevista, localizado na primeira página da transcrição. Este tratamento foi realizado com todas as entrevistas.

Em seguida os códigos preliminares foram reunidos, por similaridades e diferenças, dando oportunidade de elaborar os códigos conceituais ou conceitos. Foi atribuída uma identificação numérica em ordem crescente de modo a facilitar a localização dos conceitos.

Agrupando os Códigos preliminares	Conceitos provisórios
<p>03.845.06 Admitindo ter mais dificuldade emocional ao cuidar do paciente em ME</p> <p>04.1119.03 Dizendo que falta equilíbrio emocional para lidar com a situação de ME</p> <p>04.1120.03 Explicando que existe a falta de equilíbrio emocional porque é muito triste saber que seu paciente está ali em ME</p>	<p>53 Admitindo a falta de equilíbrio emocional para cuidar do ser em ME</p>
<p>04.1125.04 Referindo que é muito triste receber um plantão de uma pessoa desumana</p> <p>04.1126.04 Referindo que é muito triste passar um plantão para uma pessoa desumana</p> <p>04.1127.04 Dizendo que acha feio para a profissão as pessoas desumanas, uma vez que a enfermagem é a ciência e a arte de cuidar</p> <p>04.1128.04 Dizendo que acha feio para a profissão da enfermagem os profissionais desumanos</p>	<p>54 Reconhecendo a pouca humanização dos enfermeiros</p>
<p>03.752.04 Referindo que luta para o paciente sair bem da UTI</p> <p>03.753.04 Declarando que é muito gratificante quando atende um paciente grave e ele sai da UTI</p> <p>03.754.04 Descrevendo a experiência de cuidar de paciente que estava em coma e saiu da UTI falando</p> <p>03.755.04 Dizendo que o mais gratificante de trabalhar na UTI é acompanhar a evolução do paciente</p> <p>04.1155.04 Falando que não está escrito em nenhum lugar que para trabalhar na UTI não se pode chorar ou se envolver com o paciente</p> <p>04.1156.04 Falando que não está escrito em nenhum lugar que para trabalhar em UTI os profissionais não podem se emocionar quando um paciente tem um progresso</p> <p>04.1157.04 Falando que não está escrito em nenhum lugar que para trabalhar em UTI os profissionais não podem se emocionar quando o paciente morre</p> <p>04.1158.04 Questionando onde está escrito que os profissionais não podem sensibilizar-se quando há constatação da ME de um paciente que estava conversando no dia anterior</p>	<p>55 Sensibilizando-se com a evolução clínica do paciente crítico</p>

Quadro 3: Agrupando os códigos preliminares e elaborando os conceitos

O fato de alguns códigos compartilharem características ou significados comuns permitiu que fossem agrupados sob conceitos mais abstratos, ou seja, em categorias, possibilitando ao pesquisador reduzir o número de unidades com as quais trabalha (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Na **codificação axial** foi o momento do reagrupamento dos dados que foram separados na codificação aberta e de relacionar categorias às suas subcategorias. Esta etapa é denominada axial porque ocorre em torno de um eixo de uma categoria. Na codificação axial, as categorias são relacionadas às subcategorias no sentido de obter uma explicação mais clara e completa sobre o fenômeno assim como as suas propriedades e dimensões. As propriedades são as características, gerais ou específicas, ou atributos de uma categoria e as dimensões representam a localização de uma propriedade em um ranking. Codificar axialmente é atribuir respostas para questões do tipo de que forma, onde, quando e como (STRAUSS, CORBIN, 2008, CHARMAZ, 2009).

Na **codificação seletiva**, as categorias e subcategorias encontradas anteriormente, foram comparadas e analisadas continuamente com o “objetivo de integrar e de refinar a teoria” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.143), fazendo emergir dessa forma a categoria central. Esta é o fenômeno ao redor da qual todas as categorias estão integradas, ou seja, ela tem a capacidade de reunir as outras categorias, formando um todo significativo. É a partir da categoria central que será desenvolvida a explicação teórica. A seguir, apresenta-se uma categoria com suas respectivas subcategorias.

Conceitos	Subcategorias	Categoria
35 Abstendo-se da dimensão pessoal ao cuidar do ser em ME 22 Afastando-se do cuidado à família do ser em ME 50 Considerando as reações dos familiares com o fenômeno da ME	Incorporando o conhecimento científico ao cuidado do ser em ME	Incorporando atitudes para cuidar da complexidade do ser em ME
1 Comprometendo-se em manter a estabilidade do ser em ME 10 Atitudes de cuidado do ser enfermeiro ao ser em ME 26 Atitudes do ser equipe multiprofissional 4 Lidando com o ser em ME 28 Melhores práticas de cuidado ao ser em ME 78 Favorecendo dignidade e respeito na finitude	Apontando atitudes de cuidado do ser enfermeiro e do ser equipe ao ser em ME	
71 Descrevendo estratégias para o enfrentamento das frustrações 76 Vendo o paciente em ME ou o crítico como um ser da família	Incorporando atitudes para amenizar as frustrações do processo de cuidado do ser em ME	
62 Descrevendo o trabalho da equipe do serviço de captação de órgãos e tecidos e transplante 67 Referindo a finalidade do serviço de captação de órgãos 17 Referindo a família como veículo de solidariedade 69 Destacando o protocolo de cuidado ao ser em ME como instrumento organizador 27 Comentando sobre a efetivação da doação de órgãos 79 Enumerando as estratégias para organizar as práticas de cuidado ao ser em ME	Efetivando o cuidado ao ser em ME pelo serviço de captação de órgãos	

Quadro 4: Relacionando conceitos, subcategorias e categorias.

É importante ressaltar que nessa última fase do processo de codificação, os códigos, categorias e subcategorias emergidas devem estar organizados adequadamente, de modo que a categoria central surja mediante a relação dos agrupamentos, tornando-se explícita a experiência vivenciada pelos entrevistados no que se refere à construção do modelo conceitual/teoria substantiva.

Para classificar e organizar as associações emergentes entre as categorias foi utilizado um esquema organizacional, denominado “paradigma” ou “modelo paradigmático”. Trata-se de uma estrutura analítica que “ajuda a reunir e a ordenar os dados sistematicamente, de forma que estrutura e processo sejam integrados” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.128). Esse modelo estabelece uma relação entre as categorias a partir dos seguintes componentes: fenômeno, contexto, condições causais e intervenientes, estratégias e as consequências.

O **fenômeno** é a ideia central sobre a qual um conjunto de ações ou interações é conduzido pelas pessoas. Possui a capacidade de explicar o que está acontecendo. O **contexto** configura-se como o local e o momento no qual o fenômeno acontece. As **condições causais** são aquelas que desencadeiam ou influenciam o desenvolvimento do fenômeno. As **condições intervenientes ou interventoras** interferem ou alteram o impacto das condições causais no fenômeno. As **estratégias** são ações e interações planejadas para lidar com o fenômeno. São atos propositais ou deliberados praticados para resolver um problema. As **consequências** referem-se aos resultados atuais ou potenciais das ações (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O processo de análise dos dados permitiu construir o modelo teórico apontando para a conformação do fenômeno “**Desvelando as relações e interações múltiplas do ser enfermeiro na complexidade do cuidado ao ser em morte encefálica**”. A validação deste Modelo Teórico foi efetivada com uma enfermeira especialista em Terapia Intensiva e uma pesquisadora expertise em Teoria Fundamentada nos Dados.

Para melhor compreensão das etapas de análise da TFD, propõe-se a figura abaixo, adaptada de Sousa (2008) e Lanzoni (2009).

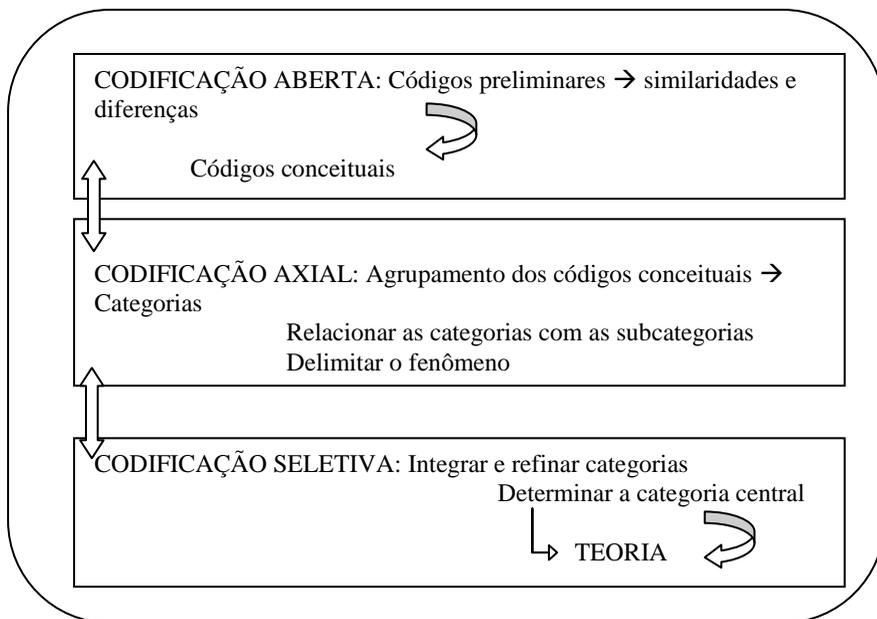


Figura 2: Etapas do processo de análise dos dados da Teoria Fundamentada nos Dados adaptada de Sousa (2008) e Lanzoni (2009).

5.6 CONSTRUINDO MEMORANDOS E DIAGRAMAS

A TFD utiliza alguns recursos que auxiliam na análise dos dados que são os **memorandos** e os **diagramas**. Os **memorandos** são analíticos e conceituais, não somente descritivos. Consistem em uma das etapas do processo de geração da teoria e externalizam ideias por meio de registros escritos, sobre os códigos e suas relações, levando ao nível mais abstrato conceitos que emergem do processo de análise de dados. São construídos durante todo o processo de coleta e análise dos dados e crescem em complexidade, em densidade, em clareza à medida que a pesquisa progride. Tem como objetivos manter a pesquisa embasada e manter essa consciência para o pesquisador (CHARMAZ, 2009; DANTAS et al., 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os **diagramas** são as representações gráficas de um esquema analítico que delineiam as relações entre os conceitos e mostram a densidade e a complexidade da teoria. Crescem em profundidade e integração com o desenvolvimento da teoria.

Ao todo foram elaborados 44 memorandos e 25 diagramas. Destaca-se que estas ferramentas analíticas foram elaboradas desde a codificação da primeira entrevista. Segue abaixo alguns exemplos de memorandos e diagramas elaborados nesta investigação.

Memorando 07

Data: 30 de dezembro de 2010

Situação: Refletindo sobre processo de cuidado ao paciente em morte encefálica

O processo de cuidado ao paciente em morte encefálica envolve o ser em morte encefálica, o ser enfermeiro e o ser equipe multiprofissional. O ser em morte encefálica é diferente em relação aos pacientes graves que estão internados na UTI porque ou são potenciais doadores de órgãos, pacientes de transplantes, ou não doadores. O ser enfermeiro é um ser que se encontra apreensivo durante o processo de cuidado do ser em ME. Acredito que essa apreensão esteja associada ao fato do ser enfermeiro desejar que o ser em morte encefálica tenha uma morte digna e seja um doador efetivo. Aliado a apreensão do ser enfermeiro está à impotência diante da finitude do ser em morte encefálica que por mais que o ser enfermeiro faça tudo o que for possível, o cuidado não será capaz de trazer o ser em morte encefálica de volta à vida. O ser equipe multiprofissional precisa interagir, se envolver e se dedicar durante todo o processo de cuidado do ser em morte encefálica para que não haja interrupção no processo e nem sobrecarga aos profissionais que integram a equipe. O processo de cuidado do ser em morte encefálica está permeado por fracassos e sucessos e o ser enfermeiro e o ser equipe multiprofissional precisam saber lidar com eles, pois ficou implícito que principalmente o ser enfermeiro sente-se frustrado, decepcionado diante dos fracassos do processo.

Quadro 5: Memorando 7 “Refletindo sobre o processo de cuidado ao paciente em morte encefálica”

Memorando 09**Data: 28 de janeiro de 2011****Situação: Refletindo sobre a complexidade do cuidar do ser em ME**

O cuidar do ser em ME é uma situação complexa para o ser enfermeiro que vivencia nas suas experiências diárias duas dimensões: a dimensão técnico-científica e a dimensão humana. O ser enfermeiro na dimensão técnico-científica, ou seja, o ser profissional compreende que o ser em ME está morto. Entende que a atividade cerebral cessou e as outras funções orgânicas estão preservadas devido aos cuidados gerais e ao suporte hemodinâmico que o ser em ME está recebendo na UTI. Compreende a inviabilidade da vida do ser em ME. Para o ser enfermeiro na dimensão humana a compreensão é diferenciada, pois entende que o ser em ME é um ser que ainda tem vida e que merece ser bem cuidado independente do seu prognóstico e/ou diagnóstico. Sob essas perspectivas, observa-se a existência da dialogicidade na percepção/compreensão do ser enfermeiro em relação ao ser em ME. Ao mesmo tempo em que ele está morto, traz dentro de si a vida. Acredita-se que articulação entre as dimensões técnico-científica e humana caracteriza-se por um emaranhado de concepções que são tecidas no cotidiano do ser enfermeiro cuidando do ser em ME. Este tecido é permeado por incertezas, dúvidas e questionamentos resultando em apelo a fé por acreditar que tudo pode acontecer, incluindo a reversão total do quadro de ME. Para cuidar, o ser enfermeiro deve afastar-se da dimensão humana e aproximar-se da dimensão técnica? Aproximar-se da dimensão humana causa sofrimentos e incertezas ao ser enfermeiro? Aproximar-se da dimensão técnica reduz sentimentos de sofrimento? Como lidar com essas duas dimensões se coexistem no processo de cuidado do ser em ME? A dimensão humana interfere no processo de cuidado? Como?

Quadro 6: Memorando 9 “Refletindo sobre a complexidade do cuidar do ser em ME”

Memorando 15

Data: 28 de janeiro de 2011

Situação: Sendo enfermeiro cuidando do ser em ME

Ser enfermeiro cuidando do ser em ME é transcender a dimensão técnico-científica e a dimensão humana. É incorporar no ser enfermeiro a multidimensionalidade do ser humano que é um ser físico, biológico, social, cultural, psíquico e espiritual. É conceber a articulação e a diferença de todos esses aspectos. Ser enfermeiro é um ser diferente, único, ser de relações/interações que valoriza a experiência do cuidar do ser em ME e se utiliza de procedimentos técnicos científicos para facilitar o processo de cuidar.

Quadro 7: Memorando 15 “Sendo enfermeiro cuidando do ser em ME”

Memorando 25

Data: 02 de março de 2011

Situação: Descrevendo sobre o cuidar com dignidade ao ser em ME

Fala-se sobre cuidar do paciente em ME com dignidade. Mas, o que vem a ser essa dignidade? A palavra dignidade é difícil de ser definida, pois pretende designar os valores nos quais se acredita. Dessa forma, empregar essa palavra pode gerar contradição, uma vez que as pessoas não partilham dos mesmos valores. O filósofo Kant afirma que “tudo tem um preço ou uma dignidade”. Considera que tudo o que tem preço pode ser substituído por algo equivalente, mas, se por outro lado existir uma coisa que se acha acima de todo preço e por isso não admite qualquer equivalência, compreende uma dignidade. Acredita-se que o cuidar com dignidade ao ser em ME é algo que não tem equivalente. É único. Está vinculado diretamente com a dignidade inerente ao ser humano que nesse contexto de cuidado é o ser em ME.

Quadro 8: Memorando 25 “Descrevendo sobre o cuidar com dignidade ao ser em ME”

Memorando 32**Data: 01 de abril de 2011****Situação: Compreendendo a complexidade do cuidado ao ser em ME**

Acredita-se que a complexidade do cuidado ao ser em ME está em compreender como um paciente que está morto exige tantos cuidados dos profissionais de saúde. Na verdade a concepção de que o paciente em ME está morto não permite os profissionais de saúde avançar o olhar ao cuidado a esse ser. Parece uma visão fragmentada e simplificada do cuidado, onde não se consegue transpor a visão reducionista do ser em ME, não o reconhecendo como um ser que tem potencial para salvar outras vidas.

Quadro 9: Memorando 32 “Compreendendo a complexidade do cuidado ao ser em ME”

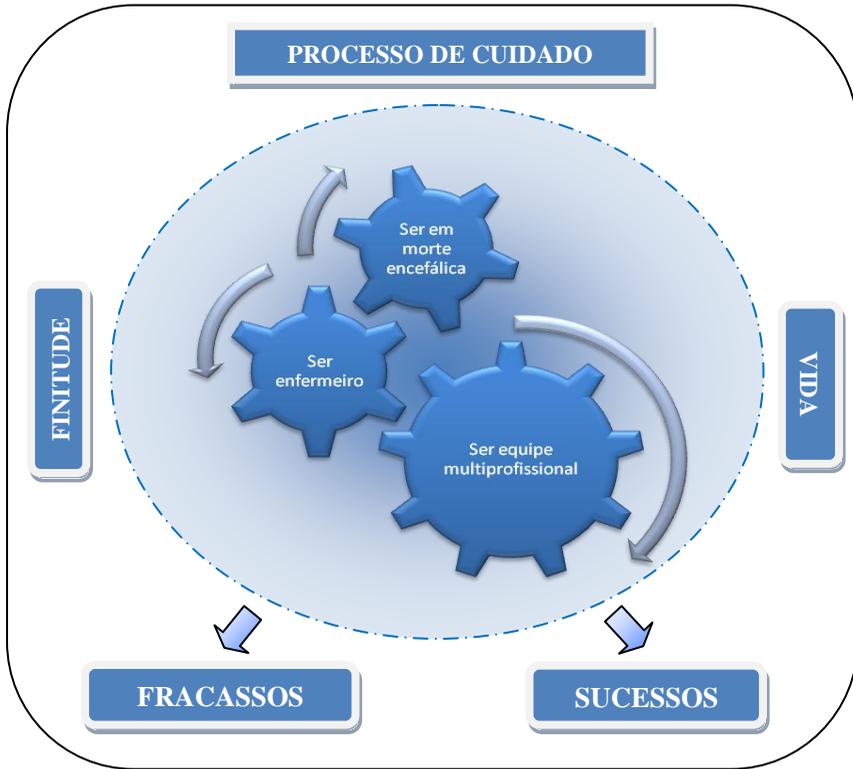


Figura 3: Diagrama da Entrevista 01

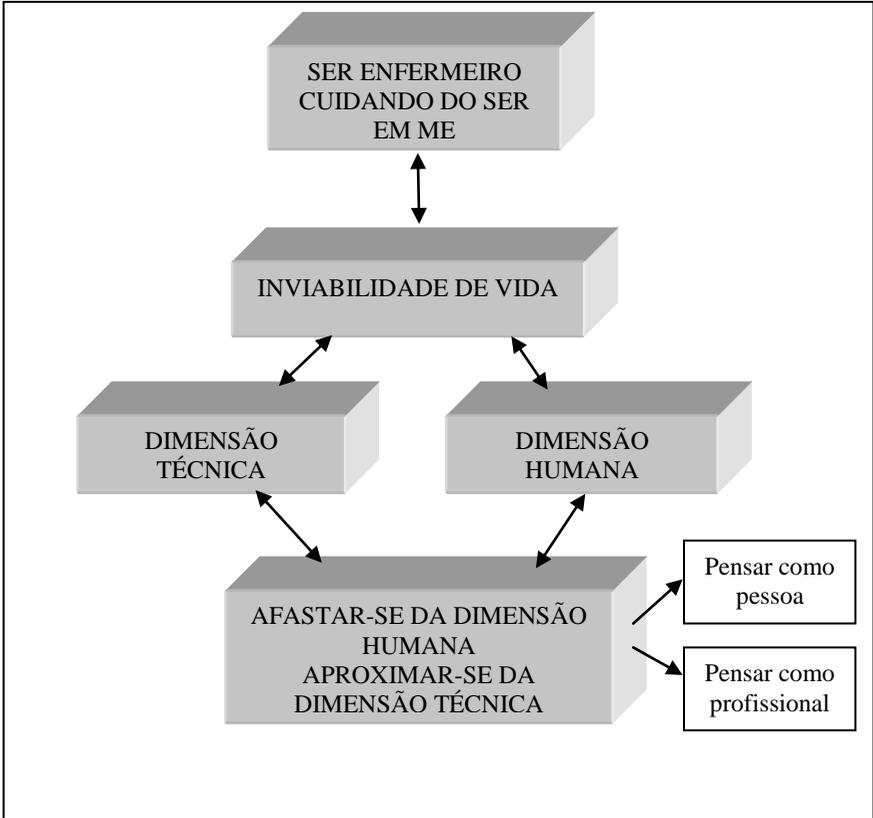


Figura 4: Diagrama da Entrevista 02

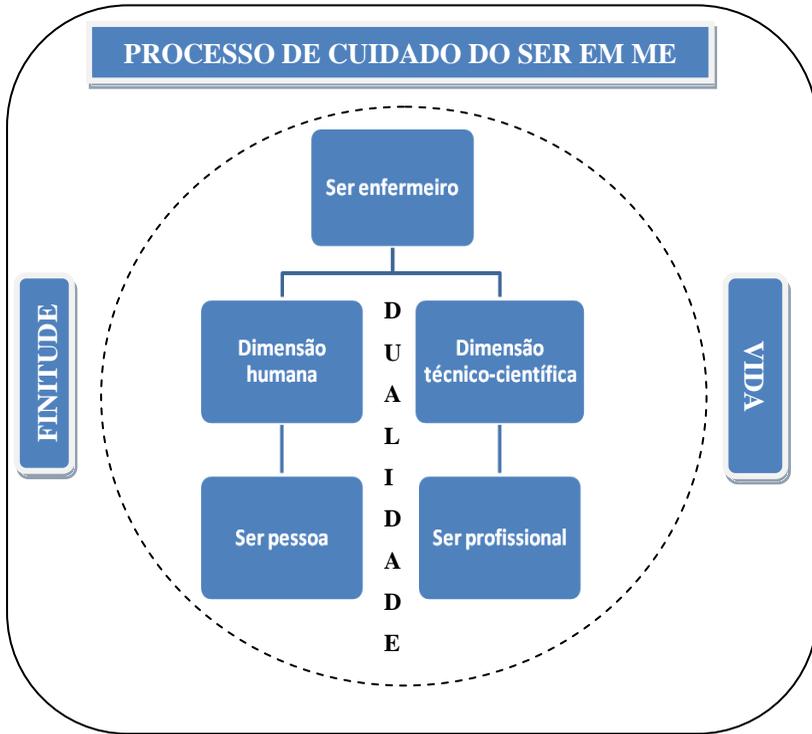


Figura 5: Diagrama da Entrevista 02

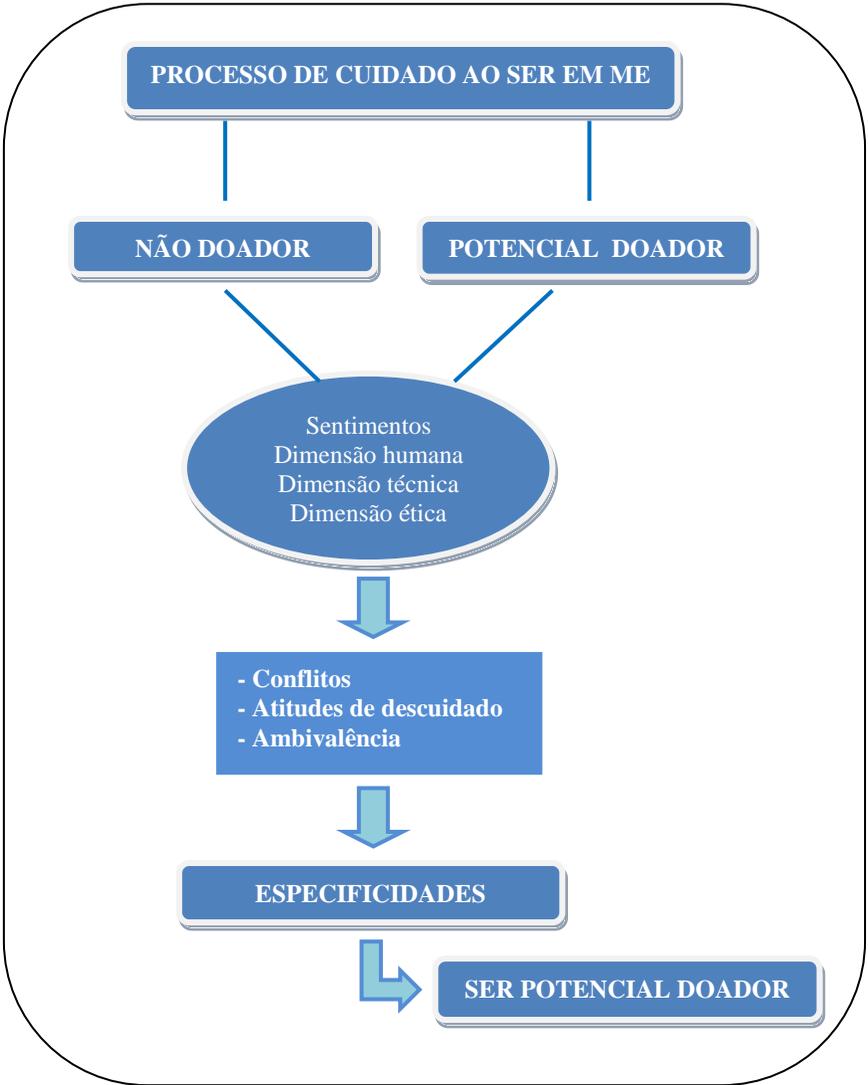


Figura 6: Diagrama da Entrevista 04

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que prescreve sobre a ética na pesquisa com seres humanos. O projeto de pesquisa foi registrado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o protocolo 3936/2010, obtendo aprovação em 23 de novembro (ANEXO A).

Iniciou-se a pesquisa após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa. Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos e a metodologia do estudo, bem como assegurado o direito de acesso aos dados, a liberdade de deixarem o estudo, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. No intuito de utilizar as informações contidas nas entrevistas foi solicitado o consentimento por escrito através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A).

Para garantir o anonimato e preservar a identidade dos participantes, os nomes deles foram substituídos por um código, ou seja, pela letra E (Enfermeiro) seguida do número de ordem da entrevista (E1, E2, E3...E12).

6 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados, inicialmente, os resultados completos da pesquisa e, em seguida, os dois manuscritos científicos da pesquisa de campo. O primeiro manuscrito trata do significado do cuidado ao paciente em morte encefálica para enfermeiros de um hospital universitário do nordeste do Brasil e tem como título: **Desvelando as relações e interações múltiplas do ser enfermeiro na complexidade do cuidado ao ser em morte encefálica**. O segundo manuscrito, intitulado: **Emergindo a complexidade do cuidado ao ser em morte encefálica**, apresenta a consequência do modelo teórico elaborado a partir do pensamento complexo.

No desenvolvimento do processo de codificação, 2228 (dois mil e duzentos e vinte e oito) códigos preliminares foram identificados e agrupados em 79 (setenta e nove) códigos conceituais. Desse processo resultaram 05 (cinco) categorias e 12 (doze) subcategorias. A partir da integração e relação sistemática das categorias e subcategorias emergiu o fenômeno “**DESVELANDO AS RELAÇÕES E INTERAÇÕES MÚLTIPLAS DO SER ENFERMEIRO NA COMPLEXIDADE DO CUIDADO AO SER EM MORTE ENCEFÁLICA**”. Este foi composto pelas seguintes categorias: **Cuidando em Unidade de Terapia Intensiva; Tendo que organizar as práticas de cuidado em UTI ao ser em ME; Considerando as interveniências facilitadoras e dificultadoras do cuidado ao ser em ME na perspectiva das relações/interações entre o ser enfermeiro, ser equipe e família; Incorporando atitudes para cuidar da complexidade do ser em ME e Emergindo a complexidade do cuidado ao ser em ME**. Cada categoria possui suas respectivas subcategorias que serão identificadas através do sublinhado ao longo do texto.

As categorias e as subcategorias serão apresentadas a seguir:

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<p>Cuidando em Unidade de Terapia Intensiva (Contexto)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecendo o ambiente de UTI como um serviço de referência para manutenção do ser em ME potencial doador.
<p>Tendo que organizar as práticas de cuidado em UTI ao ser em ME (Condição Causal)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecendo a diferença do cuidado entre o ser em ME e o paciente crítico • Tecendo a organização das práticas de cuidado ao ser em ME na UTI
<p>Considerando as interveniências facilitadoras e dificultadoras do cuidado ao ser em ME na perspectiva das relações/interações entre o ser enfermeiro, ser equipe e família (Condição Interveniente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considerando as condições facilitadoras do cuidado ao ser em ME na perspectiva das relações/interações do ser enfermeiro na equipe e com a família • Considerando as condições dificultadoras do cuidado ao ser em ME na perspectiva das relações/interações do ser enfermeiro e do ser equipe
<p>Incorporando atitudes para cuidar da complexidade do ser em ME (Estratégia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporando o conhecimento científico ao cuidado do ser em ME • Apontando atitudes de cuidado do ser enfermeiro e do ser equipe ao ser em ME • Incorporando atitudes para amenizar as frustrações do processo de cuidado do ser em ME • Efetivando o cuidado ao ser em ME pelo serviço de captação de órgãos
<p>Emergindo a complexidade do cuidado ao ser em ME (Consequência)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Emergindo sentimentos e reações do processo de cuidado ao ser em ME • Apontando a complexidade do cuidado ao ser em ME • Avançando nas práticas de cuidado ao ser em ME

Quadro 10: Apresentação das categorias e subcategorias

Cuidando em Unidade de Terapia Intensiva

A categoria **Cuidando em Unidade de Terapia Intensiva** configurou-se como o contexto onde o fenômeno se desenvolveu. Os enfermeiros reconhecem o ambiente da UTI como um serviço de referência para manutenção do ser em ME potencial doador, por apresentar equipe qualificada e oferecer assistência contínua utilizando tecnologias avançadas. Por esse motivo, referem que é necessário que o paciente em ME seja cuidado nesse ambiente, o que contribuirá para adequada manutenção da estabilidade hemodinâmica e perfusão dos órgãos desse paciente e, dessa forma, poderá proporcionar benefícios a outros pacientes que necessitam de um órgão.

Ressaltam, ainda, que esse local é propício para manutenção do ser em ME potencial doador por existir no hospital uma Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Desde a implantação dessa comissão, a maioria dos pacientes em ME potenciais doadores de outros hospitais públicos são transferidos para o hospital universitário com o propósito de realizarem o transplante, o que pode ser visto nas seguintes colocações:

“[...] percebi com maior frequência a presença destes pacientes após a implantação da comissão de transplante no HU que aconteceu de alguns anos para cá”. (E1)

“E eu acho que no hospital universitário a gente desenvolve um bom trabalho devido à presença da comissão de transplante”. (E3)

A doação e o transplante de órgãos são vistos pelos enfermeiros como um processo muito técnico e com protocolos para serem desenvolvidos. Além disso, salientam que é uma atitude nobre que tem como objetivo proporcionar melhor qualidade de vida para as pessoas que necessitam de um órgão.

Esse processo de doação de órgãos e transplante é acompanhado pelos enfermeiros da CIHDOTT. Um deles relata que se sente mais

seguro/tranquilo quando o paciente em ME está no hospital universitário porque pode desenvolver o cuidado da mesma forma que o profissional da UTI executa, sem restrições. Uma das atividades desenvolvidas é a assistência à família do paciente em ME, conforme pode ser constatado na fala abaixo:

“Quando temos um paciente em ME aqui no HU, nós ficamos mais tranquilos. Podemos prestar uma assistência à família, fazer a coleta de sangue, administrar medicamentos, fazer os volumes que estão prescritos, fazer da mesma forma que um profissional de enfermagem da UTI faz”. (E8)

O enfermeiro da UTI enfatiza que a parceria/relação/interação com a CIHDOTT é importante porque cuidar do paciente em ME torna-se mais fácil com a presença do enfermeiro da comissão. Ele acompanha e sistematiza a assistência, prestando um cuidado direto ao paciente, fazendo com que os objetivos de captar órgãos e salvar vidas sejam alcançados.

“Por isso que eu digo que quando a enfermeira do transplante está lá, é mais fácil. Porque eu não estou cuidando diretamente do paciente em ME. Alguma coisa que ela não conseguiu ou um aparelho que ela não saiba mexer, aí eu vou lá mexer. Mas, eu não estou em contato direto com ele [ser em ME]”. (E3)

“Então, eu acho que essa parceria, essa presença da comissão é algo importante porque acompanha, sistematiza o cuidado e atinge o objetivo que é captar órgãos e salvar vidas”. (E9)

A UTI também é considerada como um ambiente tenso, onde a morte é uma constante. Os enfermeiros afirmam que é difícil lidar com a morte, principalmente quando ela atinge aquele paciente com o qual foi estabelecido um vínculo durante o processo de cuidado. Admitem ainda que, diante da dificuldade de lidar com a morte, geralmente não conseguem prestar uma assistência adequada ao ser em ME, comprometendo assim o cuidado.

“Em terapia intensiva a gente lida quase que diariamente, horariamente, digamos assim, por turno, com a morte. Às vezes acontece de falecer um de manhã, um a tarde e um a noite. Depende da gravidade [...] Porque muita das vezes a gente aprendeu que aqui a gente tem que ser forte. Para trabalhar em UTI a gente tem que ser forte. Não pode chorar, não pode se envolver com o paciente”. [E4]

“Então, de qualquer maneira tem o vínculo. Por mais que você diga que não. E quando é um paciente em ME eu acho que tem esse vínculo. E aí é difícil. Ele está ali para você cuidar, mas ele está morto [...] Eu acho que o tratamento seria melhor em vários aspectos. Porque diante de todas essas dificuldades de lidar com a morte, às vezes o paciente não recebe uma assistência adequada. Vamos dizer assim que fica a desejar a assistência por causa dessas dificuldades. Fica meio que quebrada a assistência. Porque se eu tenho dificuldade, o meu cuidado com ele não vai ser o adequado”. [E3]

Tendo que organizar as práticas de cuidado em UTI ao ser em ME e ao paciente crítico

A categoria **Tendo que organizar as práticas de cuidado em UTI ao ser em ME** leva ao desencadeamento do fenômeno, pois o ser enfermeiro para estabelecer as relações cuidativas necessita identificar e diferenciar os pacientes que ali estão internados.

Nesse ambiente de UTI concentram-se vários tipos de pacientes, sejam aqueles críticos - potencialmente recuperáveis ou com prognóstico negativo, como o ser em ME - que necessitam de cuidados contínuos. Existem ainda pacientes jovens, idosos, graves que estão em risco iminente de morte, como também aqueles que cronificam. Devido a essa diversidade de pacientes, o ser enfermeiro termina estabelecendo a diferença de cuidado entre o ser em ME e o paciente crítico.

Os enfermeiros afirmam que a diferença em cuidar do ser em ME e do paciente crítico está atrelada ao estímulo que os motivam a cuidar do paciente. Essa motivação para o cuidado está centrada na possibilidade de vida, no prognóstico do paciente. Eles consideram que o ser em ME não é digno de cuidados semelhantes ao paciente crítico, havendo um maior investimento de cuidados neste último, como pode ser observado nas falas abaixo:

“[...] quando sabemos que um paciente tem uma prognóstico, e não é só a equipe de enfermagem, mas a equipe como um todo, investe em prescrição ou em tipos de medicamentos que possam melhorar ainda mais esse prognóstico do paciente. Eu falo mais relacionado ao meu ambiente de trabalho. E, quando você vê que um paciente está em ME, todos os testes foram feitos e confirmado a ME, então a gente percebe que vai se deixando de investir naquele paciente” (E2).

O ser em ME é caracterizado, na percepção do ser enfermeiro, como um ser “indefinido”, “em coma”, “que não tem mais volta”, “sem perspectiva de vida”, mas que pode “proporcionar vida a outras

pessoas”. É visto ainda como um “ser humano que necessita de cuidados”. Isso pode ser evidenciado nas falas abaixo:

“Era um paciente que estava indefinido, em coma, não tinha mais volta. Era apenas esperar ele morrer” (E9).

“Nos deparamos com uma pessoa sem perspectiva de vida, mas em compensação poderá proporcionar vida a outros [...]Você cuida de uma pessoa, é um ser humano que está ali, mas o caminhar dele não vai ser de volta. É dali para frente” (E1).

“Apesar do paciente em ME estar em fase final, mas ele continuava sendo um ser humano que necessitava dos mesmos cuidados” (E12).

Permeando o processo de cuidado do ser em ME existem dúvidas e incertezas sobre o diagnóstico da ME e os cuidados que devem ser oferecidos a esse paciente. O ser enfermeiro tem dificuldade em aceitar e compreender que a vida do ser em ME chegou ao fim. Sabe-se que a morte e o morrer são fenômenos inevitáveis e se deparar com a finitude humana, com o limite da vida, é algo desafiador. Quando se trata de pacientes em situação de morte encefálica, de alguma forma a morte está anunciada, mas não há tratamento que vise à cura ou ao restabelecimento desse ser humano para a sua família e sociedade. Neste caso, fala-se de um corpo vivo, mas de uma pessoa morta. Diante dessa situação, o ser enfermeiro ao cuidar do ser em ME parece apelar para o milagre. Tem a esperança de que a situação seja revertida. Podemos observar isso em algumas falas:

“Porque para mim, ali, independente do prognóstico dele, ainda resta uma vida. Então, eu acho que deveria ser visto como outro paciente que também possa ter um prognóstico bom. E não só porque ele já está

prestes a ser dado como morto realmente [...] Porque para mim, ali ainda há minimamente uma vida. Enquanto existir batimento cardíaco, por mais que seja uma respiração com auxílio de um drive de um ventilador, para mim, ali, ainda tem vida” (E2).

“Porque sempre tem aquela dúvida que fica na cabeça da gente: devemos cuidar ou não cuidar do paciente em ME? [...] É uma pessoa que está ali. Ao mesmo tempo passa que ele está morto, e agora? O que eu vou fazer? Então, é contraditório, é confuso. Você tem que cuidar porque é uma pessoa que está ali, mas está morta. [...] Porque você tem que cuidar da vida, você foi instruído para cuidar da vida, mas ali [no paciente em ME] fica aquela dúvida: é morte? Não é?” (E3).

“É um paciente que está vivo e morto ao mesmo tempo. Vivo porque ele está sendo mantido por uma série de aparelhos de alta tecnologia, de equipamentos de ponta, mas que o cérebro já parou e o coração está só aguardando a retirada de toda a tecnologia” (E4).

A identificação do ser em ME é feita por meio dos testes clínicos e exames complementares que compõem o protocolo da ME ou o Termo de Declaração de Morte Encefálica. Na UTI estudada, o primeiro teste clínico é realizado pelo médico da UTI acompanhado da enfermeira do setor ou da CIHDOTT. O outro teste é realizado por um neurologista. Em seguida, é realizado um exame complementar e após a constatação da ME, o ser em ME poderá ser ou não potencial doador de órgãos. A decisão é da família. A diferença entre o potencial doador e o não doador está na possibilidade do primeiro prolongar a vida de outras pessoas, por meio da doação. O ser enfermeiro insere-se nesse processo para oferecer

um cuidado que permita a viabilidade da manutenção dos órgãos, como pode ser observado na colocação abaixo:

“Bem, o potencial doador está em morte encefálica e também tem a sua gama de importância, [...] Ele está ali [UTI] para ser mantido, para ser cuidado, para ser estabilizado porque ele é o doador da matéria prima. Talvez seja até feio de ouvir o que eu estou dizendo, parece frio. [...] Ele está ali e vai doar para que outra pessoa possa realmente continuar vivendo ou ter uma qualidade de vida um pouco melhor dali por diante”. (E1)

“O primeiro teste clínico, normalmente é feito pela equipe da UTI. O médico faz e a gente vai acompanhando, auxiliando. Mas, avaliação final é dele [...] E realmente o primeiro teste que ele fez ali na hora foi o da pupila. Mexeu a cabeça do paciente, levantou para ver se ela o acompanhava. Ela não acompanhou. Ele desconfiou. Pegou o algodão, passou no olho, a paciente não teve reflexo [...] Lá na UTI temos um protocolo de ME que é preenchido quando se faz o teste clínico”. (E3)

O ser em ME não doador é caracterizado pelos enfermeiros como “apenas mais um paciente na UTI” e afirmam que não têm estímulo para cuidar dele porque “não beneficiará outras pessoas” devido à impossibilidade de doação, seja por alguma questão clínica ou patológica, por falta de cuidado de enfermagem ou pela negação da família.

“Porém, quando ele não é doador, a partir dali o paciente em ME passa a ser apenas mais um paciente na UTI e não é mais acompanhado pela comissão de transplante

[...] A gente vai mantê-lo até quando? É até acabar a atividade cardíaca. A gente vai mantendo, mas não tem um... Como é que vou dizer... Não tenho uma palavra para expressar... Vamos dizer que você não tem um estímulo. É mais ou menos isso. Você tem um paciente que está em ME, mas ele será doador. Então, você tem um estímulo para mantê-lo vivo porque vai beneficiar alguém. Mas, o outro paciente em ME que não é doador é meio que... Não é para nada! Ele morreu”. (E3)

“Às vezes, os pacientes não são doadores por alguma impossibilidade clínica ou até mesmo pela falta do cuidado da enfermagem ou às vezes pela negação da família”. (E9)

O cuidado ao ser em ME é definido pelo ser enfermeiro como um “cuidado mais paliativo”, “delicado”, “bem difícil”, “que dá trabalho” e exige atenção de modo integral, sendo necessário conduzir protocolos de manutenção a fim de oferecer cuidados completos, como aqueles que são prestados aos pacientes graves que estão na UTI: a higiene oral e corporal, cuidado com as córneas, aspiração traqueal, infusão de droga vasoativa, coleta de sangue para exames laboratoriais e cultura. Afirmam que não é pelo fato do paciente estar em condição de ME que não merece ser cuidado com o mesmo esmero e habilidade que o paciente crítico. Além disso, a enfermeira da CIHDOTT complementa que o cuidado deve ser prestado no momento exato para que não ocorra o insucesso no processo de doação de órgãos, como ilustram as falas:

“Temos que cuidar do paciente em ME como se ele fosse um paciente grave. Temos que esquecer um pouco... Está em ME? Está. Mas, ele é um paciente grave. É um paciente como qualquer outro aqui na UTI, grave, que precisa de droga vasoativa, de ventilação mecânica, de limpeza, de higiene, de tudo

isso. De higiene oral, aspiração traqueal [...] Porque dá trabalho. Tem que conduzir protocolo [...] O paciente em ME é um paciente grave como qualquer outro aqui da UTI. Ele tem as suas peculiaridades, mas ele é um paciente grave e precisa ser cuidado com o mesmo esmero, mesma dignidade, com o mesmo saber, com a mesma habilidade que a gente teria cuidando de outro”. (E4)

“No paciente em ME temos sempre que estar fazendo alguma coisa. E tem que se fazer rápido, pois a cada momento que se perde e não se cuida, o insucesso do processo de doação e transplante é mais provável. ME exige muito cuidado, muita atenção o tempo todo”. (E5)

É consenso entre os participantes que a finalidade do processo de cuidado é manter, cuidar e estabilizar o ser em ME no intuito de favorecer a doação de órgãos. Ressaltam que as alterações hidroeletrólíticas, ácido-básicas devem ser normalizadas/compensadas para que seja garantida a perfusão adequada dos órgãos e viabilize a doação, como podemos observar nas falas a seguir:

“A gente está ali para manter o paciente em ME vivo, fazer com que ele não venha parar, preservar todos os órgãos para que a central de transplantes possa conduzir todo o protocolo e a gente possa realmente dizer que foi uma coisa de sucesso”. (E4)

“Quando chegam os resultados dos exames observo se não precisa corrigir potássio, sódio, a hipotensão. Basicamente são esses os nossos primeiros cuidados com relação ao cuidado do ser em ME. É a manutenção do paciente em ME”. (E5)

“É um paciente que pelo próprio quadro da ME tem perda de diversas funções: do equilíbrio ácido-básico, distúrbios hidroeletrólítico. Então, ele vai ter uma série de alterações e tudo isso precisa ser cuidado para que ele não fique com essas alterações. Ele tem que voltar ao estado normal para que se tenha uma perfusão adequada dos órgãos”. (E6)

Nas falas dos enfermeiros, é possível identificar que existe diferença entre o cuidado oferecido ao ser em ME em serviços públicos e privados, principalmente, pelas condições de trabalho e disponibilidade de recursos. Afirmam que no serviço privado, o paciente em ME tem um acompanhamento diferenciado, pois se trata de um paciente grave que necessita de medicamentos e exames especializados. Esses recursos vão beneficiar o paciente e, também, o hospital, aumentando o seu lucro. No serviço público, quando é constatada a ME, o paciente não é cuidado de modo adequado, e pensa-se na disponibilidade de leito que existirá com o falecimento dele. Isso pode ser observado na seguinte colocação:

“Eu observo na prática que no serviço público quando o paciente entra em ME não é dado mais o banho, o soro acabou e fica lá. Acabou a droga que estava na bomba de infusão, e fica lá apitando. Já no serviço privado nós observamos que o paciente em ME continua com a prescrição mantida. É um paciente que é melhor visto no serviço privado, no aspecto de droga, de medicação e de cuidado. Sendo bem realista o paciente em ME é um paciente que vai ser perdido. É uma visão bem mercenária. No serviço privado ele é um paciente muito grave que precisa de exames especializados e de altas doses de drogas que de certa forma dar lucro para o hospital, e no serviço público

significa uma vaga que vai surgir, caso ele faleça o mais rápido possível para colocar outro”. (E7)

Diante das diferenças observadas entre o cuidado ao ser em ME e ao paciente crítico faz-se necessário que o ser enfermeiro esteja Tecendo a organização das práticas de cuidado em UTI. Na unidade estudada, quando existe identificação do paciente em ME, a enfermeira da CIHDOIT é comunicada para que realize o acompanhamento do processo de manutenção desse paciente. Ela responsabiliza-se pelo cuidado integral dele, como podemos constatar na fala abaixo:

“Quando tinha algum paciente em ME, se fazia o contato com o transplante e a enfermeira de lá vinha para UTI assumir o paciente. [...] Ela que está ali responsável por ele.” (E3)

Os participantes da pesquisa relatam que são realizados ao ser em ME os mesmos cuidados que são oferecidos ao paciente crítico. Porém, os enfermeiros que já atuaram nesse ambiente acrescentam que quando chegavam a UTI priorizavam o cuidado aos pacientes mais graves, deixando o ser em ME para ser avaliado posteriormente, conforme pode ser observado na fala abaixo:

“Geralmente, quando a gente chegava a UTI, a gente cuidava primeiro dos outros pacientes mais críticos. E os pacientes em ME ficavam para depois. Até porque quando o médico chegava, avaliava primeiro os críticos. Os pacientes em ME geralmente eram os últimos a serem avaliados, mas eram avaliados todos os dias, com todos os procedimentos”. (E10)

O ser enfermeiro, normalmente, utiliza estratégias para identificar e estabelecer suas prioridades nas práticas de cuidado. Os critérios utilizados no processo de cuidado podem ser a gravidade do quadro clínico, o número de procedimentos a ser realizado por pacientes, o tempo gasto por paciente ou a viabilidade do paciente. Mas, o que fica claro na fala anterior, é que, quando se trata de cuidar do paciente em ME parece que o critério estabelecido é o da viabilidade. Logo, ele não terá prioridade no cuidado na UTI porque é um paciente que não tem expectativa de vida e, no setor, existem outros pacientes que são potencialmente recuperáveis e irão beneficiar-se, de alguma forma, dos cuidados ali oferecidos.

Destaca-se ainda que existe distinção na organização das práticas de cuidado ao ser em ME. Se o ser em ME é potencial doador, são mantidos todos os cuidados para estabilização do quadro clínico, com a finalidade de garantir a doação e favorecer o transplante. Porém, se não for doador, o paciente recebe apenas cuidados básicos, como a higienização. Os enfermeiros consideram que o cuidado ao potencial doador trata-se de um jogo de interesse, como é evidenciado nas falas a seguir:

“Você não tem aquele mesmo cuidado se o paciente fosse doador. O paciente não doador fica meio que... A palavra eu acho que é largado mesmo. Você faz o básico. Faz a higiene, mas ele fica lá... Ninguém mais mexe, ninguém se preocupa em fazer a mudança de decúbito. E se ele criar úlcera é indiferente”. (E3)

“Porque quando aquela pessoa não tem mais nada para te oferecer, ela é cuidada, mas não é cuidada como se ela pudesse ainda te oferecer alguma coisa. [...] Eu encaro isso como um jogo de interesse. Porque aquela pessoa tem alguma coisa para oferecer, então eu vou cuidar bem dela, eu vou prestar todos os cuidados possíveis até que possa se chegar a fazer o transplante”. (E2)

O ser enfermeiro ao cuidar do ser em ME potencial doador sente-se responsável pela estabilidade hemodinâmica para preservar os órgãos desse paciente. Por isso, a atenção deve ser redobrada, principalmente naqueles candidatos a transplantes de órgãos, pois caso ocorra alterações hemodinâmicas, o processo de doação e transplante ficará comprometido. Aliado à responsabilidade existem o medo, a ansiedade e a preocupação, porque o desejo do profissional é que seu trabalho tenha um resultado satisfatório, como se pode observar na fala seguinte:

“A gente está ali para manter o paciente em ME vivo, fazer com que ele não venha parar, preservar todos os órgãos para que a central de transplantes possa conduzir todo o protocolo e a gente possa realmente dizer que foi uma coisa de sucesso”. (E4)

Para manter a estabilidade hemodinâmica do ser em ME potencial doador tanto o ser enfermeiro da UTI como o ser enfermeiro da CIHDOTT organizam as práticas de cuidado a esse paciente. Inicialmente, o ser enfermeiro da UTI mantém as drogas e a hidratação para preservar os níveis tensionais dentro da normalidade, realiza o aquecimento do paciente para tratar a hipotermia, faz o controle da diurese, acompanha os exames laboratoriais. Na verdade, realiza os cuidados necessários a um paciente grave. Além disso, tem que gerenciar a equipe de trabalho para garantir que o cuidado ao ser em ME potencial doador seja apropriado. O ser enfermeiro da CIHDOTT ao chegar à UTI prioriza o ser em ME potencial doador; identifica as suas necessidades; implementa, acompanha, avalia e monitora os resultados dos cuidados implementados. Essas etapas não diferem das convencionalmente empregadas a um paciente crítico. Porém, o diferencial está na agilidade e na corrida contra o tempo que a CIHDOTT tem que enfrentar no processo de cuidado do paciente em ME potencial doador, pois essas variáveis estão diretamente relacionadas com o sucesso do processo de doação de órgãos e transplante. É importante enfatizar que a organização das práticas de cuidado permite com que o cuidado aconteça de modo eficiente. A seguir tem-se uma fala que retrata essa realidade:

“Basicamente são esses os nossos primeiros cuidados com relação ao cuidado do ser em ME. É a manutenção do paciente em ME. Depois, eu vou observando se o que eu estou fazendo está surtindo efeito. Se só o cobertor resolveu ou não. Se ele continua hipotérmico, então vou correr atrás de um foco e o aquecimento das soluções parenterais. Se a diurese teve resposta, melhorou ou não. Observar a sonda vesical. Ver se precisa dar medicação ou não. Medir a diurese. Ver as dosagens de hematócrito. [...] Então, você vai analisando o todo e à medida que você vai tomando as condutas, você vai observando se aquilo que você está fazendo, está surtindo efeito ou não”. (E5)

Os enfermeiros que atuaram na UTI informaram que antigamente não existia a CIHDOTT e tampouco rotina que conduzisse o cuidado oferecido ao ser em ME. Ressaltaram ainda que a nutrição parenteral e alguns antibióticos eram suspensos devido aos altos custos, como pode ser observado na fala a seguir:

“Antigamente no cuidado ao paciente em ME nós não tínhamos o serviço de transplante, então apenas era comunicado para a gente que o paciente estava em ME. O tratamento de enfermagem ao paciente em ME continuava o mesmo. Só que a parte médica e a parte de medicação tinham mudanças, principalmente daqueles pacientes em ME que faziam uso de medicações muito caras. Os médicos suspendiam essas medicações porque não teriam retorno. Então, elas eram suspensas. Deixava-se apenas um soro mantendo a veia para não deixar o paciente em ME abandonado, apenas esperando a morte. [...] Às vezes, a alimentação

parenteral era suspensa porque era mais cara. [...] Não tinha uma rotina para o cuidado desse paciente. Cuidávamos do paciente em ME com a finalidade de não deixar o estado dele piorar”. (E10)

Ao estar tecendo a organização do cuidado ao ser em ME na UTI, os enfermeiros percebem que o cuidado a esse paciente é permeado pelas dimensões técnico-científica e humana o que configura um processo complexo, pois são complementares e perfazem o ser enfermeiro. Afirmam que a dimensão técnico-científica é constituída pelas habilidades do enfermeiro, pelos protocolos e tecnologias que são empregadas nesse cuidado. O objetivo dessa dimensão é contribuir para um cuidado diferenciado ao ser em ME com todo suporte tecnológico e científico. Na dimensão humana, referem que buscam valorizar, acolher e apoiar a família do paciente com a finalidade de cuidar com dignidade e respeito dos sujeitos desse processo de cuidado, que envolve tanto a família como o ser em ME. A seguinte fala de uma enfermeira da UTI relata essas dimensões do cuidado:

“A dimensão técnico – científica são habilidades. É lidar com o paciente em ME como se fosse um paciente grave. [...] A dimensão humana é cuidar do paciente em ME com respeito. Tratá-lo como ser humano, como ser doente que precisa do nosso cuidado. Procurar acolher mais essa família. Eu acredito que as dimensões técnico-científica e humana se completam no processo de cuidar do paciente em ME. [...] Eu preciso cuidar do paciente em ME com toda a minha habilidade, fazendo o que for preciso para ele, mas eu também tenho que ser humana para entender que ali, tem todo um contexto por trás desse paciente”. (E4)

Considerando as interveniências facilitadoras e dificultadoras do cuidado ao ser em ME na perspectiva das relações/interações entre o ser enfermeiro, ser equipe e família

Essa categoria apresenta-se como condição interveniente no processo de cuidado do ser em ME, sendo composta pelas subcategorias: Considerando as condições facilitadoras do cuidado ao ser em ME na perspectiva das relações/interações do ser enfermeiro na equipe e com a família; Considerando as condições dificultadoras do cuidado ao ser em ME na perspectiva das relações/interações do ser enfermeiro e do ser equipe e Considerando as condições ambivalentes do cuidado ao ser em ME.

O ser enfermeiro e, de modo geral, os profissionais de saúde são considerados autores e atores do processo de cuidado, fundamentais na execução das ações de cuidado ao ser em ME, pois contribuem para que esse processo seja bem desempenhado. Para isso, esses profissionais referem que necessitam de capacitação em termos de técnicas e de procedimentos, bem como de habilidades/aptidões que facilitem a assistência direta ao ser em ME, como percepção, atenção, agilidade e sensibilidade, como pode ser observado nas falas seguintes:

“E para que a estabilidade do paciente em ME seja efetivado, além das drogas e aparelhos, a atenção e a percepção do profissional são extremamente importantes [...] E essa estabilidade depende da atenção, da percepção, da agilidade e das atividades que você vai realizar com ele”. (E1)

“Eu acredito que exercer bem o papel enquanto ser enfermeiro é uma questão de capacitação, em termos de técnicas, de procedimentos. É procurar entender do que você está tratando, no caso a situação de ME”. (E2)

Considerando ainda as condições facilitadoras do cuidado ao ser em ME, o ser enfermeiro da UTI é o responsável por prestar uma assistência direta ao ser em ME enquanto o paciente estiver no setor. Além disso, responsabilizam-se pelos familiares, pois percebem que não somente o ser em ME necessita de cuidados, mas a sua família também. Buscam interagir com a família no intuito de confortá-la, acolhê-la e explicar sobre a ME deixando-a segura e confiante na equipe. Destacam a tristeza e a esperança como alguns dos sentimentos dos familiares diante do ser em ME. Afirmam que o sofrimento deste familiar é proporcional ao maior tempo de internação na UTI, como pode ser observado nas falas seguintes:

“Em primeiro lugar eu creio que as práticas de cuidado ao paciente em ME que está em uma UTI cabe ao profissional do setor prestar uma assistência direta [...] Enquanto ele está internado na UTI o enfermeiro do plantão daquele setor deve prestar essa assistência”. (E8)

“O paciente está em ME, a família tem o direito de saber. “Olha, o seu paciente está morto”. A gente não vai dizer com essas palavras, mas é o seguinte o que está mantendo ele vivo são os aparelhos. O cérebro dele deixou de funcionar e, se a gente desligar os aparelhos ele realmente vai deixar de estar entre nós [...] O que a gente pode fazer é acolher essa família junto com o serviço de psicologia. A gente pode acolher essa família, fazendo com que ela se sinta segura, confiante na equipe”. (E4)

“Vejo no olhar do familiar a esperança e a expectativa daquela pessoa [paciente] se levantar. [...] No final de tudo, posso perceber muita tristeza, porém já não tanto desespero quando de fato o paciente morre [...]Porque quanto mais tempo a família ver

aquele doente ali, ela também arrasta seu sofrimento”. (E1)

“Eu me colocava no lugar daquele familiar”. (E10)

Os enfermeiros acrescentaram que trabalhar no ambiente da UTI é gratificante porque podem acompanhar a evolução favorável dos pacientes graves. Informaram que este é um cenário de aprendizado e aperfeiçoamento, que propicia uma aprendizagem na prática, principalmente para cuidar do ser em ME, como observado no depoimento do profissional:

“Eu aprendi na prática. Lá na UTI temos um protocolo de ME que é preenchido quando se faz o teste clínico. Quando eu cheguei lá, que eu vi pela primeira vez os primeiros testes, eu me sentia perdida. Então, eu fui aprendendo na prática. [...] E a gente luta para o paciente sair bem da UTI. Eu sou assim. Para mim é muito gratificante quando a gente pega um paciente grave na UTI e recebe alta. Estava em coma e saiu de lá falando, acordado e conversando. A gente teve um paciente assim, que chegou grave, entrou rebaixado, bem rebaixado e foi evoluindo bem e saiu de lá conversando [...] Então, para mim isso é o mais gratificante de trabalhar lá”. (E3)

O ser enfermeiro relata que se sente motivado em cuidar do ser em ME potencial doador devido à possibilidade dele beneficiar outras pessoas. Ressalta que pensar desta forma faz com que o processo de cuidado a este paciente seja facilitado, como ilustra o depoimento a seguir:

“Para mim ainda é mais fácil cuidar quando o paciente em ME é doador. Quando ele não é doador é difícil [...] Quando ele é potencial doador, quando a família aceita, é mais fácil porque eu tenho um estímulo. Ele vai beneficiar outras pessoas”. (E3)

Os enfermeiros que trabalharam anteriormente na UTI reconhecem que houve evolução nas práticas e nos saberes relacionados ao cuidado ao ser em ME potencial doador que favoreceu a manutenção hemodinâmica deste paciente e a consolidação do processo de doação de órgãos. Relatam que hoje existem mais recursos para cuidar do potencial doador e que a presença da CIHDOTT diariamente na UTI, bem como a capacitação da equipe deste setor contribuíram para que os profissionais da UTI se tornassem mais sensíveis com a rotina da sistematização dos cuidados a este paciente. Destacam que antes não existia nenhum método de organização do cuidado ao ser em ME. Os enfermeiros da CIHDOTT acrescentam que a padronização da legislação sobre ME pelo Ministério da Saúde facilitou o cuidado e o serviço, como demonstram os seguintes relatos:

“Na minha concepção teve um avanço no cuidado ao paciente em ME. Primeiro pela sensibilização dos enfermeiros por parte da comissão de captação de órgãos para doação e transplante e a presença dessas comissões nas UTI's. A equipe da comissão de transplante visita diariamente o setor para identificar se tem suspeita de ME ou não. Outro avanço é a própria capacitação da equipe para cuidar do paciente em ME [...] E as pessoas estão mais sensibilizadas e estão assimilando mais essa rotina da sistematização dos cuidados a esse paciente em ME”. (E9)

“Antigamente não tínhamos tanto recurso para cuidar do paciente em ME como temos

hoje. Mas, o que o hospital oferecia a gente sempre procurava utilizar”. (E12)

“Naquela época não existia nenhum método de organização do cuidado ao paciente em ME”. (E11)

“A legislação sobre a ME foi uma maneira do Ministério da Saúde padronizar para que todos falem a mesma língua. Padronizou para facilitar o serviço”. (E5)

O ser enfermeiro destaca que quando os profissionais de saúde são sensibilizados para a doação de órgãos, este fato contribui para que eles tornem-se mais “sensíveis” ao processo de cuidado ao paciente em ME, como ilustra o depoimento a seguir:

“Eu acredito que se a gente é sensibilizado para doar, na hora em que a gente for cuidar de um paciente em ME, eu acho que vamos ser mais sensível ao processo de cuidado deste paciente”. (E9)

Considerando as condições dificultadoras do cuidado ao ser em ME na perspectiva das relações/interações do ser enfermeiro e do ser equipe identifica-se nas falas dos enfermeiros que o processo de cuidado ao paciente em ME potencial doador exige uma carga maior de trabalho dos profissionais, e principalmente do ser enfermeiro, que lida com ele nas 24 horas. Isso ocorre porque muitas das vezes o ser enfermeiro tem que se “desdobrar” para manter a estabilidade do potencial doador. Afirmam ainda que o trabalho “dobra” e existe uma sobrecarga emocional e física ao estabelecer esta relação cuidativa, como expresso na fala seguinte:

“Quando eu falo a respeito de sobrecarga é porque precisamos nos desdobrar para manter o paciente estável, e em condições regulares, lembrando que aquele paciente é um potencial doador [...] A carga de trabalho dobra por incrível que pareça. Para o paciente que está em morte encefálica, se engana o profissional que pensa que não tem muito que fazer ou se desdobrar por ele. [...] Todo o trabalho dobra. E dobra por quê? Porque em todas as atividades precisamos nos manter em alerta, manter aquele paciente o tempo todo estável. [...] A sobrecarga emocional e física é grande”.
(E1)

Aliada a sobrecarga de trabalho existente no processo de cuidado ao ser em ME potencial doador, o ser enfermeiro destaca a desproporção entre o número de profissionais que trabalham na UTI estudada e o número de pacientes ali internados. Refere que quando o dimensionamento pessoal é inadequado, a assistência ao paciente em ME “fica comprometida” devido à equipe está sobrecarregada. Quando isso acontece, o profissional demanda mais atenção para os outros pacientes da UTI, potencialmente recuperáveis, como descreve o depoimento dos profissionais:

“Muitas vezes, acho que grande parte das vezes, o número de funcionários não é o adequado para se prestar uma boa assistência para o número de pacientes que se tem. E talvez, por conta disso, pela questão da grande atribuição da equipe, que quando se tem um paciente em ME, ele é o paciente que tem menos atenção da equipe. [...] Se você tem um paciente que está entubado, grave, múltiplas drogas vasoativas, inúmeros procedimentos para serem feitos, mas ele tem uma expectativa de vida. E você tem um paciente que está em

ME, e a equipe está comprometida por conta dessa carga de trabalho, você se volta mais para o paciente que tem um prognóstico e tem uma expectativa de vida. E isso compromete o cuidado com esse paciente que está em ME”. (E2)

O ser enfermeiro ressalta que no processo de cuidado ao paciente em ME na UTI emerge a dualidade do enfermeiro, ou seja, o ser profissional e o ser pessoa, e a coexistência deles é uma situação delicada. Enfatiza que além desta dualidade, o processo de cuidado gera “um peso, uma apreensão” que propicia um cansaço mental maior que o próprio cansaço físico. Admite ainda que falta preparo emocional para os profissionais lidarem com a situação da ME, como apontam as falas seguintes:

“No ambiente em que a gente trabalha acaba que tem essa dualidade do ser profissional e o ser pessoa. E às vezes, essa dualidade do ser profissional e do ser pessoa faz com que seja uma situação delicada para mim”. (E2)

“Então, isso [manutenção da estabilidade do paciente em ME] pesa, por nos deixar apreensivos durante o cuidado e nos causa um cansaço mental maior do que propriamente o cansaço físico”. (E1)

“Eu acho que falta muito preparo emocional para os profissionais. Falta equilíbrio emocional para lidar com a situação de ME. Porque é uma coisa triste saber que seu paciente está ali em ME”. (E4)

Continuando nas condições intervenientes dificultadoras, o ser enfermeiro, tanto da UTI como o da CIHDOTT e, os que atuaram no setor, enumeram algumas dificuldades do processo de cuidado ao ser em ME. Os enfermeiros da UTI admitem que é “bem difícil” cuidar do ser

em ME. O que torna difícil o cuidado ao paciente em ME é a consequência do vínculo e do apego. Estes sentimentos produzem um terceiro que é o sofrimento do enfermeiro pela perda. Caracterizam a dificuldade de cuidar do ser em ME como “um defeito”, “um bloqueio”, tanto do ser enfermeiro como do ser equipe. Outra dificuldade é quando o paciente em ME não é doador. Os enfermeiros não têm claro qual é a finalidade do cuidado que é oferecido. Tentam justificar o cuidado ao ser em ME não doador como uma maneira do familiar não sentir tanto a perda. Afirmam que existe um despreparo técnico, despreparo emocional e dúvida sobre a finitude da vida do ser em ME, como ilustra o seguinte depoimento:

“Agora, cuidando de um paciente com ME é bem difícil. Eu acho! Tanto pela questão emocional, o físico... Tudo... É bem difícil! [...] Então, eu percebi que não é um defeito só da minha parte, mas da equipe de enfermagem como um todo tem dificuldade de cuidar do paciente em ME [...], eu tenho uma certa dificuldade. Eu não sei... Fica aquela confusão na cabeça: “ah! a gente vai fazer isso para que?” Eu tento me justificar que o que eu estou fazendo é para o familiar. Para ele não sentir tanto a perda. Eu acho que eu não estou preparada para lidar com a morte [...] eu tenho esse bloqueio, essa dificuldade... Quando ele não é doador é difícil. E para mim é pior ainda cuidar de um paciente em ME quando é uma criança [...] Para mim foi mais difícil ainda. E saber que era de uma pessoa tão próxima. Quando é um paciente que você não conhece, a dificuldade diminui. Não tem vínculo, não tem nada. Agora quando é um paciente que existe um vínculo, é pior. Ser enfermeiro cuidando de um paciente em ME é muito difícil. No início eu tinha dificuldade porque eu não sabia. Eu tinha dificuldade porque eu como ser humano não gosto de lidar com a morte. E eu tinha dificuldade porque eu não

sabia muito que fazer. Que parâmetro deixar? Quanto que eu tenho que deixar essa pressão? Qual é o normal da diurese dele a cada hora? Qual é o bom? Eu tinha essa dificuldade porque eu não sabia”. (E3)

As dificuldades do ser enfermeiro que atua na CIHDOTT estão vinculadas ao relacionamento médico-enfermeiro e a logística do processo de doação de órgãos. Além disso, os enfermeiros afirmam que a falta de recursos materiais, a falta de um médico “atuante” na CIHDOTT e a transferência do paciente para o hospital universitário no intuito de concluir o protocolo de ME são entraves do processo de cuidado. Acrescentam que a ME não é detectada precocemente, como pode ser evidenciado nas falas a seguir:

“É muito difícil para o profissional médico, aceitar a sugestão de um profissional enfermeiro, principalmente na questão do cuidar. Isso é muito difícil. E eu te digo isso porque eu já trabalho muito tempo com doação e transplante de órgãos. São raríssimos os profissionais médicos que aceitam a sugestão de um profissional enfermeiro. Isso é outro entrave. É uma grande barreira”. (E7)

“Porque a ME não é detectada na hora. O médico empurra para o próximo plantonista. [...] Falta um médico na CIHDOTT para interagir junto com o plantonista médico. O problema maior na nossa realidade de trabalho é o serviço médico. Exatamente por não ter um médico atuante. Que dialogue de igual para igual com o médico plantonista”. (E5)

“O primeiro entrave no processo de cuidado do paciente em ME é a falta de médicos intensivistas. O segundo entrave é a falta de

equipamentos para fazermos a monitorização do paciente. Um paciente desse tipo tem uma hemodinâmica que pode variar de uma hora para outra. Outro entrave que lembrei é que temos que fechar o protocolo de ME aqui no hospital universitário. Temos que transferir esse paciente apenas com dois exames clínicos”. (E8)

Os enfermeiros que atuaram na UTI admitem que a dificuldade no processo de cuidado do paciente em ME consiste em cuidar de um ser que está praticamente morto, como ilustra a seguinte fala:

“Eu sempre tinha dificuldade em cuidar porque o paciente em ME estava praticamente morto”. (E11)

Outro ponto dificultador é que o processo de cuidado é permeado pelo distanciamento entre o profissional e o ser em ME, pela falta de disposição, de envolvimento, de investimento dos profissionais em assistir este paciente. Referem que existem situações em que esses pacientes são colocados “de lado na assistência” e é prestado um cuidado parcial e periférico. Utilizam a expressão “cuidado jogado” para expressar a pobreza do vínculo e o compromisso profissional de cuidado intensivo e contínuo do enfermeiro. E isso ocorre, principalmente, quando o paciente não é doador. Esta situação é caracterizada pelos enfermeiros como uma falha no cuidado, o que pode ser observado nas seguintes colocações:

“[...] Você acaba desviando a assistência só para um lado e acaba deixando o outro paciente que está em situação de ME, talvez, carente daquela assistência [...] O que eu percebi ao chegar a UTI foi esse cuidado ao ser em ME jogado. Com o tempo eu fui percebendo que não era esse o cuidado adequado, correto. O cuidado jogado seria,

talvez, não se investir tanto naquele paciente por saber a situação que ele se encontra de ME. É mais nesse ponto da falta de investimento na assistência dele [ser em ME]. É você deixar de investir mais no ser em ME para investir mais em outro paciente que não esteja em ME”. (E2)

“Eu percebi que não é um defeito só da minha parte, mas da equipe de enfermagem como um todo tem dificuldade de cuidar do paciente em ME, e há um distanciamento. Você não tem aquele mesmo cuidado se o paciente fosse doador. O paciente não doador fica meio que... A palavra eu acho que é largado mesmo. Você faz o básico [...] Mas, eu acho que o paciente fica jogado porque você não tem mais aquele compromisso do cuidar. Não tem mais o que fazer”. (E3)

“Quando temos aquele paciente com o diagnóstico determinado de ME, achamos que não tem mais nada para fazer. A não ser que você tenha o olhar, o enfoque de manutenção daquele paciente para que ele torne-se um potencial doador [...] Então, não podíamos fazer mais nada pelo paciente em ME e deixava-se ele evoluir a óbito”. (E9)

O enfermeiro da UTI reconhece que o afastamento do cuidado ao ser em ME é ocasionado pela não aceitação da condição de ME do paciente associado à “falta de maturidade profissional, pessoal e emocional”. Destacam que não é por negligência que (des)cuidam do paciente, mas por desconhecimento e por despreparo psicológico e emocional em lidar com a situação. No entanto, o enfermeiro ressalta que a consequência do descuidado ao ser em ME é o comprometimento do processo de doação de órgãos, como ilustram as falas a seguir:

“Porque é difícil para a gente aceitar [a ME] e é difícil para gente fazer os familiares aceitarem. Então, enquanto você não aceita, não lida bem com a situação, a sua tendência é se afastar. E eu percebo que muitas pessoas fazem isso. Eu fiz isso durante um tempo por falta de maturidade profissional, pessoal, emocional, e me afastei um pouco [...] Porque é uma coisa triste saber que seu paciente está ali em ME. Então, as pessoas [profissionais] se afastam não por negligência, mas por falta de maturidade, de preparo emocional, de preparo psicológico para lidar com essa situação”. (E4)

“A gente observa que o paciente em ME é um paciente muito descuidado”. (E5)

“Porque um potencial doador que não é bem mantido, não é bem cuidado, inviabiliza a doação, posteriormente”. (E6)

“A gente percebe que muitas coisas são falhas na assistência e às vezes acabam incapacitando o paciente em ME de se tornar um potencial doador”. (E9)

A formação dos profissionais de saúde é considerada outro aspecto dificultador no processo de cuidado do paciente em ME. O ser enfermeiro é formado para cuidar, tratar e curar as pessoas. Resumidamente, o enfermeiro é preparado para lidar com a vida, mas não com a morte e tampouco para cuidar do ser em ME. Afirmam que a morte é abordada na faculdade de modo isolado/fragmentado em disciplinas básicas, e de modo superficial. Os enfermeiros que formaram há mais tempo admitem que não foram preparados para lidar com a doação e nem com o paciente na condição de ME. De semelhante modo, admitem que os médicos são pouco preparados para lidar com a ME, como ilustram as seguintes falas:

“Até porque a gente não é preparada para cuidar do paciente em ME quando fazemos a faculdade. Ouvir falar de morte na faculdade na disciplina de Psicologia. Então, eu acho que para nós, enfermeiro deveria ser primordial, principalmente ME [...] Eu não vou te dizer que eu sou expert para cuidar de paciente em ME. Não sou. Tenho consciência disso. Na faculdade o que eu vi sobre o cuidado do paciente em ME foi muito superficial. Muito pouco. Não foi aprofundado”. (E3)

“Eu não tive esse preparo para cuidar do paciente em ME na minha formação. Até porque ainda somos preparados para lidar com a vida, cuidar, curar, sarar. Mas, a gente nunca é preparada para lidar com o paciente em fase terminal ou em ME e enfrentar a morte”. (E9)

“Tem pessoas que são formadas há anos e não sabem nem do que se trata a ME. Começaram a ouvir agora. Percebemos isso no momento em que estamos fazendo as capacitações dentro dos hospitais. E assim fica claro o quanto foi falha a nossa instrução dentro da academia, que não trata desse assunto”. (E7)

“Porque às vezes o médico não sabe fazer a manutenção do potencial doador. Infelizmente a gente forma médicos assim. Não sabem o que é comum na ME”. (E5)

“Porque muitos médicos são leigos no assunto sobre doação [...] Então, muitas coisas precisam ser esclarecidas. Como não

é da prática diária deles, e não foi ensinado na faculdade”. (E6)

O desconhecimento do serviço de transplante e do processo de doação de órgãos por parte dos profissionais e os limites da competência do ser enfermeiro para cuidar do ser em ME também são considerados pelos enfermeiros que atuam na CIHDOTT como fatores dificultadores para o processo de cuidado do ser em ME, como pode ser observado nas colocações a seguir:

“O que a gente sente muito no hospital é que as pessoas ainda não conhecem o processo de doação e transplante e não sabem como a coisa flui. Porque eu te digo eu trabalho a cinco anos no transplante, mas a cinco anos atrás eu não sabia que a gente transplantava. Porque é isso que acontece aqui. Você topa com gente que não sabe que o hospital transplanta”. (E5)

“Nós como enfermeiros somos impedidos por lei de fazermos o cuidado de médico. Isso é óbvio. E não é da nossa competência. Mas, tem casos que eu sei que o paciente em ME precisa de uma noradrenalina ou de 1500ml de soro fisiológico, mas eu fico impedido de fazer. [...] Tem coisas que a gente sabe fazer, que poderíamos fazer, mas a gente não faz. Pois simplesmente não podemos fazer. E isso acaba comprometendo o processo de cuidado ao paciente em ME porque eu fico de mãos atadas”. (E8)

Os enfermeiros da UTI destacam a vulnerabilidade do paciente em ME ao ser utilizado como objeto de ensino no hospital. Afirmam que muitos acadêmicos aprendem determinados procedimentos em pacientes nestas condições. Esta situação gera angústia ao ser enfermeiro, que

acrescenta que se perde o respeito e as questões éticas pelo ser humano que está em ME, como ilustra o depoimento abaixo:

“Uma coisa que eu gostaria de acrescentar também, que é algo que me incomoda desde o início quando eu passei a cuidar do paciente em ME, e principalmente lá no hospital, é a vulnerabilidade em que ele se apresenta. [...] Se você tem um paciente em ME dentro do seu serviço e você precisa ensinar os seus alunos como é que se faz determinado procedimento, o paciente alvo é aquele em ME. Então, eu acho que acaba que o paciente em ME fica muito vulnerável a todas essas situações. Isso é angustiante para mim. Porque da mesma forma como poderia ser ele [paciente em ME] poderia ser outro paciente. Mas, por talvez ele está nessa situação de ME, ele acaba se tornando o mais fragilizado. E, principalmente pelo fato de todos acreditarem que ali não há mais vida. Eu acho que não tem o respeito que deveria ter com a pessoa que está ali, o ser em ME. Se perde as questões éticas com o ser humano”. (E2)

INCORPORANDO ATITUDES PARA CUIDAR DA COMPLEXIDADE DO SER EM ME

Incorporando o conhecimento científico ao cuidado do ser em ME, Apontando atitudes de cuidado do ser enfermeiro e do ser equipe ao ser em ME, Incorporando atitudes para amenizar as frustrações do processo de cuidado do ser em ME e Efetivando o cuidado ao ser em ME pelo serviço de captação de órgãos são considerados elementos estratégicos que o ser enfermeiro incorpora para desenvolver o cuidado ao ser em ME.

O enfermeiro da UTI refere que para lidar com o ser em ME tende a incorporar o conhecimento científico ao cuidado deste ser visando oferecer um cuidado de qualidade ao paciente nesta condição. Enfatiza que se afasta do cuidado a família, principalmente na situação de ME. Porém, reconhece que no momento em que a família recebe a notícia da ME, necessita ser acolhida devido às diversas reações que apresentam como a negação, a revolta, o isolamento e o afastamento do paciente. Além disso, afirmam que é necessário atentar, se a morte daquele ser em ME não interferirá na estrutura familiar, como ilustram as falas a seguir:

“Lidar com essa situação de ME é justamente tentar colocar de lado esse meu lado pessoal e agir profissionalmente [...] Só que às vezes eu pensar como pessoa e não como profissional, pode ainda está piorando o meu atendimento a ele”. (E2)

“Eu acho que no meu serviço a gente se afasta muito da família, principalmente nessas situações [de ME]. [...] Você está com seu familiar internado e recebe a notícia de que ele está em ME. Uma das primeiras reações é a negação, é revolta. Então, vai ter aquele momento que a família precisa ser acolhida. Existe o isolamento. Eles se isolam, se afastam, deixam de visitar o familiar em ME por alguns dias. [...] Então, eu acho que em todas essas fases do luto da família a gente precisa ter atenção. Observar se vai mexer na estrutura familiar. Se era um chefe da família, um pai de família que está indo embora ou uma mãe ou um filho muito desejado que morre. Nossa! Mexe muito com a família e com as cabeças das pessoas. Então, eu acho que a gente precisa preparar o terreno e também se preparar enquanto pessoa para que se possa lidar melhor com essa situação”. (E4)

Ao estarem Apontando atitudes de cuidado do ser enfermeiro e do ser equipe ao ser em ME, os enfermeiros e a equipe, comprometem-se em manter a estabilidade do ser em ME com responsabilidade no intuito de conservar as condições hemodinâmicas favoráveis ao transplante. Acrescentam que a preocupação é grande ao cuidar do ser em ME, sendo necessário estar em alerta em todas as atividades. Afirmam que fazem o “máximo que podem” ao cuidar desse paciente, no entanto, para que este cuidado seja efetivo é necessário dedicação, esforço e esmero profissional, como expresso na fala a seguir:

“Nós temos em nossas mãos o compromisso de mantê-lo estável. Não que com os outros pacientes nós não tenhamos isso. Não é assim. Mas, o sucesso do transplante vai depender obviamente do que nós vamos fazer. Temos que ter o compromisso de manter todas as condições vitais favoráveis a realização do transplante, temos que fazer o máximo. [...] No caso do paciente em morte encefálica que é um candidato a transplante de órgão, eu me sinto com essa responsabilidade, com essa preocupação de mantê-lo e estabilizá-lo sempre. Não só eu, como também toda a equipe. Mas, falando pelo serviço do enfermeiro eu te digo que a preocupação é grande. É grande, é grande. [...] Porque em todas as atividades precisamos nos manter em alerta, manter aquele paciente o tempo todo estável. [...] Quando você tem interesse que algo dê certo, nos dedicamos para aquilo. Nos esforçamos, nos esmeramos. Fazemos tudo que está ao nosso alcance. [...] Eu acho que se somos profissionais, devemos ter responsabilidade com tudo o que se faz. Com toda uma técnica, com todo um procedimento, com todo o agir com aquele doente”. (E1)

Além disso, os enfermeiros ressaltam a necessidade da atitude de envolvimento, de colocar-se no lugar do outro, no lugar da família, durante o cuidado ao ser em ME, no intuito de minimizar as ocorrências das falhas durante o processo. Destacam a atitude de estudar para prestar um melhor cuidado. Os enfermeiros da CIHDOTT assumem atitude de fazer o que é necessário ao ser em ME potencial doador, para não perdê-lo, como ilustram as falas a seguir:

“O envolver é se doar é querer que dê certo. É procurar fazer tudo para dar certo. É evitar o máximo possível falhas, apesar de sermos seres humanos e não sermos perfeitos. Eu acho que se doar é isso. É se envolver e se colocar no lugar do outro, de uma família que quer que o seu doente fique bem ou pelo menos bem cuidado. Não sujo, não mal apresentado, mesmo em cima de uma cama, mesmo com um diagnóstico de morte encefálica”. (E1)

“Comecei a estudar um pouco mais para tentar prestar um melhor cuidado possível”. (E2)

“Então, eu tive que estudar e procurar me inteirar para poder manter aquela vida”. (E3)

“Na hora que chega a gasometria, na hora que a gente observa que a glicemia está alta. Temos que está sempre atento. E uma coisa que a gente tem que bater de frente é com relação à droga vasoativa, a hidratação, a glicemia porque os médicos nunca atentam para isso [...] Tentar não deixar nada por fazer. Porque quando eu sair é uma coisa que eu sei que será viável. Que não vai ter

nada que vá ficar pela metade para a gente não perder o potencial doador”. (E5)

Os enfermeiros admitem que não é fácil lidar com o ser em ME, principalmente com a perda do ser em ME potencial doador. Mas, é importante tratá-lo com dignidade e respeito, ter atitude profissional e estar “forte emocionalmente”. Relatam que proporcionam um melhor cuidado, fazendo o que pode ser feito ao paciente em ME. Uma enfermeira definiu que o melhor cuidado é o atendimento igualitário, ou seja, oferecer um cuidado ao ser em ME igual ao dos outros pacientes, como expresso nas falas a seguir:

“Lidar com o paciente em morte encefálica não é fácil. [...] Mas, enquanto estou lá na UTI é ruim lidar com essa situação da perda do paciente em ME potencial doador. [...] Executar todos os procedimentos normais que fazemos com o doente de UTI, doente grave. Os curativos, as feridas, os olhos, a higiene do doente. Todas essas coisas temos que olhar, pois apesar dele está em morte encefálica, é um ser humano que está ali no leito e merece o nosso respeito até nesse momento [...] favorecemos a ele um cuidado humanizado e digno até o final de sua vida”. (E1)

“E para esses casos de ME assim é necessário que se esteja bem mais forte emocionalmente”. (E10)

“O melhor cuidado ao ser em ME são as condutas independentes de prescrição, sejam elas higienização, aspiração traqueal, dentre outras, e até mesmo da própria atuação da equipe multiprofissional. Que a gente possa está proporcionando um cuidado da melhor forma possível. Eu acho que minimamente, é o que a gente pode está fazendo no cuidado

de paciente em ME. [...] Um melhor atendimento ao ser que está em ME é um atendimento igualitário. Igual aos outros pacientes”. (E2)

“O paciente em ME é um paciente grave como qualquer outro aqui da UTI. Ele tem as suas peculiaridades, mas ele é um paciente grave e precisa ser cuidado com o mesmo esmero, mesma dignidade, com o mesmo saber, com a mesma habilidade que a gente teria cuidando de outro”. (E4)

O processo de cuidado ao ser em ME é constituído por momentos frustrantes. E os enfermeiros afirmam que essa emoção acontece quando o ser em ME potencial doador que está sob seus cuidados evolui a óbito. Para amenizar as frustrações inerentes a este processo, o ser enfermeiro incorpora algumas atitudes, como pode ser visto nos depoimentos a seguir:

“O processo do cuidado ao paciente potencial doador em morte encefálica que evolui a óbito é frustrante porque até então ele está sob os nossos cuidados. E queremos que tudo dê certo. Depois que as horas passam, que o tempo passa e que eu saio daquele local, que outros pensamentos e outras conversas, outros assuntos pairam a cabeça... Aí, sim talvez a gente vá esquecendo”. (E1)

“A frustração é algo que é muito difícil de se trabalhar em nós mesmos. Temos um encontro chamado de “momento de vivência” que é o momento de desabafarmos as frustrações que sentimos no trabalho”. (E7)

A subcategoria Efetivando o cuidado ao ser em ME pelo serviço de captação de órgãos aborda sobre atuação do enfermeiro na CIHDOTT e na Central de Transplantes. Ambos os enfermeiros acompanham o processo de doação de órgãos, mas os profissionais da comissão intra-hospitalar “ficam do lado sempre que podem” e afirmam que têm que “correr contra o tempo” para cuidar do ser em ME. As enfermeiras da comissão relatam que na UTI não assumem este paciente, porém orientam mais do que executam o cuidado ao corpo do ser em ME. Têm o compromisso de permanecer no setor para colaborar, em caso de falhas no cuidado ao potencial doador. O enfermeiro da Central de transplante acrescenta que faz o diferencial ao cuidar do ser em ME porque cuida dele como um paciente grave, e, assume toda a articulação do processo de doação de órgãos e o cuidado direto do ser em ME no centro cirúrgico, como ilustram as falas a seguir:

“Então, praticamente a gente acompanha o cuidado ao paciente em ME. Falou que é morte encefálica eu tento ficar do lado sempre que eu posso [...] na questão da ME a gente corre contra o tempo. A corrida contra o tempo se torna uma coisa difícil [...] Na UTI a gente não assume tanto o paciente. Lá eles são independentes. A gente fica perto. Na UTI já tem aquela sistematização. Elas terminam prestando o cuidado. Lógico que alguma coisa que falhe, eu vou está lá para ajudar. [...] Então, quando tem uma suspeita de ME aqui no hospital universitário a central liga e a gente vem. Porque na verdade a função da CIHDOTTS é acompanhar o processo de doação de órgãos”. (E5)

“Acompanhamos se os exames são feitos, tentamos providenciar um neurologista para fazer um dos exames clínicos. Então, participamos de todo o processo. Eu não penso que isso seja deixar de cuidar. Na verdade cuidamos. O cuidar não é só o tocar o corpo. Eu penso que o cuidar é você

providenciar tudo aquilo que é necessário para que seja feito dentro do prazo ideal. E proporcionar essa possibilidade para a família, a doação. o cuidado em si do corpo do ser em ME potencial doador mais orientamos do que fazemos”. (E6)

“Quando o paciente está em ME ninguém cuida mais daquele paciente como cuidaria de um paciente grave. Então, é justamente bem aí que nós da Central fazemos o diferencial. Porque nós entramos e tratamos do paciente em ME como um paciente grave deve ser tratado. Tentamos estabilizá-lo e mantê-lo dentro dos padrões mais aceitáveis de vida”. (E7)

“Às vezes, a gente deixa o próprio profissional da UTI fazendo as tarefas que é de sua competência. É ele que está responsável também pelo paciente. Ele está escalado no plantão. Faz os cuidados diretos ao paciente em ME. Então, tentamos contribuir e dar uma força. Mas, o nosso cuidado direto mesmo é quando a gente transfere esse paciente para o centro cirúrgico. [...] Toda essa articulação do processo de doação e transplante, toda essa máquina onde cada um tem a sua função, a gente acaba cuidando também.” (E8)

Os enfermeiros da CIHDOTT e da central de transplantes elencam as estratégias que são incorporadas para organizar as práticas de cuidado ao ser em ME. Utilizam a busca ativa do paciente em ME na UTI do hospital, a interação com a equipe multiprofissional, discussão de caso em equipe, palestras e aulas sobre a ME, compartilhando e complementando o cuidado a este ser. Admitem que a educação é a principal estratégia para a organização do cuidado e para isso realizam o trabalho de educação tanto com os profissionais como também com as pessoas em formação, seja a nível de graduação ou pós-graduação.

Entretanto, enfatizam que a educação com alguns profissionais médicos ainda é complicada, como ilustram os depoimentos a seguir:

“As estratégias utilizadas para organizar as práticas de cuidado ao paciente em ME é o dia a dia, a busca ativa. Não aquela busca de esperar. Temos que está lá. A gente tem que conversar com a equipe. A gente tem que sentar. A gente tem que se dar bem. Isso é fundamental. A gente tem que se fazer presente [...] Eu acho que facilitar a organização da prática de cuidado ao paciente em ME é uma boa estratégia. E isso a gente já faz também. Tentando agilizar. [...] A educação é a principal estratégia para organizar a prática de cuidado ao paciente em ME. A gente já deu algumas aulas na UTI e a gente sente a diferença do atendimento prestado pela equipe [...]. Agora eu estou aproveitando bastante a residência de enfermagem para disseminar o conhecimento da ME”. (E5)

“Existem outras estratégias para se organizar as práticas do cuidado ao paciente em ME como as discussões de caso; não só palestras, como também aula sobre esse assunto. Isso já temos tentado aqui no hospital com a residência de enfermagem. Com os médicos ainda está um pouco complicado. Mas, eu acho que a discussão em equipe é que é essencial. Porque se você não consegue discutir com as equipes. A educação é importante.” (E6)

“Hoje, eu sou professora de ética de uma faculdade particular. E, estou trazendo muito essa questão da morte para a discussão na disciplina, bem como paciente terminal e doação de órgãos e transplante. Eu acho que

o enfermeiro tem que está assimilando esse assunto desde a formação porque quando a gente chega no enfretamento do dia a dia, a morte para gente as vezes é uma coisa difícil e assusta. Às vezes não estamos preparados. Então, desde a formação o enfermeiro deve ser sensibilizado para ser coadjuvante nesse processo de cuidado do paciente em ME e doação e transplante”. (E9)

O protocolo de cuidado é destacado como um instrumento organizador das práticas de cuidado ao ser em ME. O ser enfermeiro da CIHDOTT afirma que o protocolo facilita o cuidado ao ser em ME, orienta o profissional e torna-o mais independente, além de proporcionar um cuidado mais científico. Ressalta que as UTI's não têm protocolo de cuidado, mas estão tentando implantá-lo. Uma enfermeira que atuou na UTI expõe que o protocolo “contribui para a sistematização da assistência ao paciente em ME”, como pode ser observado nas colocações a seguir:

“As UTIs não têm nenhum protocolo de cuidado. Estamos tentando implantar. Existe um protocolo da comissão de doação de órgãos. Mas, da UTI mesmo, não existe protocolo. O que eu acho que falicitaria muito no cuidado. [...] Uma coisa que também é importante ressaltar são os protocolos de cuidados para organizar as práticas de cuidado ao paciente em ME. Acho que isso é essencial. Porque hoje qualquer serviço organizado tem uma base de atuação, científica, já programada para as possibilidades que costumam ter em uma UTI. Então, se temos um protocolo de cuidados podemos agir um pouco mais independente dentro de uma UTI. Um paciente em ME que já temos, mais ou menos, como prever o que ele vai ter como intercorrências, de alteração fisiológica por

conta do quadro da ME, então já pode ser feito uma série de coisas, sem todo tempo está procurando o profissional que trabalha com a doação ou o médico. Isso é o essencial [...] O protocolo é importante porque você tem uma orientação. Qualquer coisa você pode se orientar. E isso não orienta só a enfermagem não, até mesmo, os próprios médicos”. (E6)

“O protocolo contribui para a sistematização da assistência ao paciente em ME. Então, no momento em que eu tenho um protocolo para seguir, sei o que tem que ser feito com esse paciente. As ações da enfermagem que são bem pertinentes a equipe de enfermagem são manutenção dos sinais vitais, a temperatura. Todas essas questões que são da enfermagem estão inseridas no protocolo. Tanto no protocolo de diagnóstico da ME quanto no protocolo de manutenção do paciente em ME”. (E9)

EMERGINDO A COMPLEXIDADE DO CUIDADO AO SER EM ME

Esta categoria configura-se como consequência do fenômeno sustentada pelas seguintes subcategorias: Emergindo os sentimentos e reações do ser enfermeiro no processo de cuidado ao ser em ME, Apontando a complexidade do cuidado ao ser em ME e Avançando nas práticas de cuidado ao ser em ME.

O ser enfermeiro da UTI admite que durante o processo de cuidado ao ser em ME emergem sentimentos e reações diversas, denominando este momento de “miscelânea de sentimentos”, de “transição de emoções”. Enfatiza que se sente frustrado e triste ao perder o ser em ME potencial doador. Mas, ao mesmo tempo sente-se bem ao cuidar deste paciente. Ressalta que essa mistura de sentimentos é vivenciada pelo profissional que se envolve de forma direta com o cuidado ao ser em ME, que em sua concepção é o enfermeiro.

Acrescenta que existe uma confusão ao cuidar do ser em ME, pois ele está morto, mas necessita de cuidado. Esta situação gerou angústia. O enfermeiro sente-se sufocado no ambiente de trabalho por não ter condições de expressar suas emoções, como aponta nas falas a seguir:

“Eu me sinto numa transição de emoções. Eu me sinto triste por saber que de qualquer maneira, o paciente em ME não vai ter retorno [...] não temos condições de exprimir ou ter aquele tempo para se emocionar, digo, chorar, lamentar e tudo. Eu me entristeço. Lá naquele momento realmente eu fico triste. [...] Lá realmente não dá para chorar porque é tanta coisa para ser feita e nós acabamos nos detendo naquelas atividades. [...] Ao mesmo tempo em que fazemos, nos sentimos bem de está cuidando, tem esse momento de tristeza, mas na verdade é uma miscelânea de sentimentos que apresentamos. Às vezes frustração, às vezes tristeza, às vezes um bem estar por sabermos que estamos contribuindo. É um misto assim que eu acho que só quem é enfermeiro e que se envolve de uma forma mais direta com o cuidado do doente, sente”. (E1)

“E com o paciente em ME me dá uma angústia maior porque ele está ali morto, mas eu tenho que cuidar. Ele ainda tem atividade cardíaca. Ele está vivo e eu tenho que manter os cuidados com ele. E eu fico com essa aflição dentro de mim. É realmente uma aflição. Eu já tenho essa dificuldade de lidar com a morte. Porque passa na minha cabeça “Ele está morto, mas eu tenho que cuidar”. Ele não está totalmente morto. Tem uma atividade cardíaca. Então, na minha cabeça é confuso cuidar desse paciente. É bem confuso”. (E3)

Na subcategoria Apontando a complexidade do cuidado ao ser em ME evidencia-se que a complexidade está em compreender como um ser morto exige tantos cuidados dos profissionais de saúde, como ilustra a fala seguinte:

“Porque passou de um paciente que não dava muito trabalho para um paciente que está dando muito trabalho. [...] O paciente em ME só deixou de ser um paciente que a gente esperava parar para um paciente que a gente não quer que pare de jeito nenhum. [...] O paciente em ME deixou de ser um paciente tranquilo e que iria parar a qualquer hora, para ser um paciente que requer muitos cuidados”. (E5)

O cuidado ao ser em ME é complexo e exige a complementaridade de diversos e diferentes profissionais da equipe de saúde. O ser enfermeiro da CIHDOTT e da Central de transplantes compartilham e complementam o cuidado ao ser em ME com a equipe da UTI. Admitem que a complementaridade é “difícil”, “complicada” e estabelece a interdependência entre os profissionais de saúde. Na concepção dos enfermeiros do serviço de doação de órgãos a interação entre as equipes estimula os enfermeiros da UTI a cuidar do paciente nesta condição.

“O processo complementar para mim é chegar junto. Sempre você tem que chegar fazendo juntamente com a equipe e nunca chegar mandando. Tem que ajudar, fazer. Vestir a camisa. [...] Então, é difícil. Eu acho que o complementar é o dia a dia, a cobrança. Porque a sistematização tem que partir dos médicos. A gente precisa deles. É um trabalho que não anda só. Primeiro porque o médico tem que identificar. Eu preciso cuidar e manter”. (E5)

“Acho que essa complementaridade acaba que estimulam os enfermeiros da UTI e faz com que eles nos vejam hoje em dia como ajudadores”. (E7)

O ser enfermeiro valoriza o trabalho em equipe no cuidado ao ser em ME potencial doador. Uma das participantes faz analogia do trabalho em equipe com uma engrenagem. Compreende que a complexidade do cuidado exige interdependência das práticas de cuidados e quando isso não acontece o processo de cuidado ou é interrompido ou é ineficaz comprometendo a condição do potencial doador. Na equipe interdisciplinar é um profissional complementando o saber do outro, e, a partir dessa interação cuidam do paciente. Neste processo a comunicação é considerada uma ferramenta indispensável.

“Infelizmente, nada nesse mundo, nada nessa vida, depende de uma só pessoa. Nós somos seres sociáveis e trabalhamos em conjunto, quer queiramos ou não. Então, a gente precisa dessa engrenagem tratando-se de um paciente desse [em morte encefálica] sendo ele um potencial doador. É uma engrenagem que uma coisa só funciona dependendo da outra e de toda uma equipe. E quando isso não acontece atrapalha. É como se algo interrompe aquele movimento e atrapalha e perde-se todo um serviço. E perde-se ainda um paciente que poderia ter futuramente ajudado outras pessoas também”. (E1)

“Eu acho muito importante a participação da equipe, eu não digo nem a multiprofissional, mas a interdisciplinar, que é um complementando o saber do outro”. (E4)

“Lembrando sempre que é importante manter uma boa comunicação com os

profissionais. Essa é uma ferramenta considerada indispensável”. (E8)

Avançando nas práticas de cuidado ao ser em ME é uma subcategoria na qual os enfermeiros afirmam que a rotina do hospital universitário em receber pacientes em ME fazem com que eles modifiquem suas práticas e desejem que elas mudem, cresçam e sejam mais efetivas. Referem crescimento profissional com as experiências de cuidado ao ser em ME e, admitem que houve mudanças na postura dos profissionais ao cuidar do potencial doador. Os enfermeiros da CIHDOTT e da Central de transplante destacam que a equipe da UTI está mais comprometida com o cuidado deste paciente. Associam este avanço com o fato deles estarem mais presentes no setor. Além da mudança na postura do profissional, houve alteração na concepção do cuidado ao ser em ME potencial doador, como ilustra as falas a seguir:

“Hoje em dia, os profissionais assumem um compromisso maior com esse doador, pelo menos é o que eu vejo aqui dentro desse hospital, principalmente a enfermagem. Acredito que seja por conta da prática, porque a maioria dos pacientes em ME vem para este hospital. [...] Hoje eu percebo que as pessoas têm outra visão sobre o cuidado do paciente em ME. Eu acho que melhorou muito. Antigamente, as pessoas não queriam muitos contatos com esse potencial doador. Hoje em dia a equipe já cuida. [...] Eu acho que os enfermeiros e os técnicos de enfermagem daqui muito mais comprometidos. Já tivemos épocas bem ruins, das pessoas não se comprometerem.” (E6)

“Quero muito que as nossas práticas com o paciente em ME mudem, cresçam, melhorem e sejam mais efetivas”. (E7)

“Então, o que mudou para mim, como enfermeira hoje, é mais na questão de saber como lidar com a situação de ME, ter o entendimento de que aquela pessoa [ser em ME] precisa do teu cuidado também e até de gerenciar a tua equipe que você está trabalhando, para que ela também tenha um olhar apropriado ao cuidar daquele paciente”. (E2)

“Ao longo do tempo a gente associou que o paciente em ME (coma depressé) era aquele paciente que ficava de lado da assistência, esperando ele parar. Hoje, a gente tem que fazer eles acreditarem que o paciente em ME tem que ser tratado igual aos outros pacientes graves. De grave para gravíssimo. [...]O paciente em ME deixou de ser um paciente tranquilo e que iria parar a qualquer hora, para ser um paciente que requer muitos cuidados. Houve uma mudança na concepção do paciente em ME. Eu lembro que antigamente era apenas condutas de suporte. Era apenas soro para manutenção da veia e o ventilador. Porque ele iria parar a qualquer hora. Agora hidratação rigorosa e reposição hidroeletrolítica sempre que necessário. Tem que está de olho no ventilador. Aquecendo o paciente. Quer dizer mil cuidados. Muito mais cuidados do que determinados pacientes críticos”. (E5)

6.1 MANUSCRITO 1: DESVELANDO RELAÇÕES E INTERAÇÕES MÚLTIPLAS DO SER ENFERMEIRO NA COMPLEXIDADE DO CUIDADO AO SER EM MORTE ENCEFÁLICA

DESVELANDO RELAÇÕES E INTERAÇÕES MÚLTIPLAS DO SER ENFERMEIRO NA COMPLEXIDADE DO CUIDADO AO SER EM MORTE ENCEFÁLICA¹

Aline Lima Pestana²

Alacoque Lorenzini Erdmann³

Francisca Georgina Macêdo de Sousa⁴

Resumo

Esta pesquisa objetivou compreender os significados do cuidado ao paciente em morte encefálica para enfermeiros de um hospital universitário, construindo um modelo teórico, sob a perspectiva da complexidade. Trata-se de um estudo qualitativo, tendo como referencial metodológico a *Grounded Theory*. Os dados foram coletados

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação intitulada “Desvelando relações e interações múltiplas do ser enfermeiro na complexidade do cuidado ao ser em morte encefálica na Unidade de Terapia Intensiva”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2011.

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Bolsista CNPq. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado de Enfermagem e Saúde (GEPADES). Florianópolis. Brasil. Endereço: Rua Edson Areas, n. 18, apto. 104, Trindade. Florianópolis. Santa Catarina. CEP: 88036070. Fone: (48) 3365-3410. Email: aline_lima_pestana@yahoo.com.br

³ Doutora em Filosofia de Enfermagem, Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, Pesquisadora 1A do CNPq, Acadêmica da ABAH, Líder do GEPADES, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: alacoque@newsite.com.br

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente – GEPSFCA. Membro do GEPADES. Email: fgeorginasousa@hotmail.com

por meio de entrevista aberta, com enfermeiros, distribuídos em três grupos amostrais, totalizando 12 participantes. Da codificação e análise simultânea dos dados emergiu o fenômeno Desvelando relações e interações múltiplas do ser enfermeiro na complexidade do cuidado ao ser em ME. O enfermeiro compreende que cuidar do ser em ME é estabelecer múltiplas relações e interações que promovam o cuidado eficaz de modo a manter a estabilidade hemodinâmica deste paciente. O cuidado ao paciente nesta condição é complexo. A complexidade deste cuidado consiste em promover mudança de paradigma na forma como o ser em ME é visto e cuidado, sendo possível enxergá-lo para além de um ser morto, mas como um ser gerador de vida por meio da doação de órgãos.

Descritores: Cuidados de Enfermagem. Morte Encefálica. Enfermeiros. Relação interprofissional. Relações Enfermeiro-paciente. Cuidados Intensivos.

INTRODUÇÃO

O cuidado tem sua origem no desejo de perpetuar a vida. É um valor, um bem social, um produto de um sistema organizacional de cuidados, com múltiplas interações humanas, seja entre enfermeiro-cliente, enfermeiro-família, enfermeiro-profissionais da equipe de saúde e outros, para cuidar do ser humano no seu processo saúde-doença (ERDMANN, 2011), bem como na sua morte.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) configura-se como um cenário que reflete um modo de organização próprio caracterizado pelo aparato tecnológico, pela gravidade de seus pacientes e pelas frequentes situações de estresse envolvendo a vida e a morte, exigindo do enfermeiro o estabelecimento de relações para que o cuidado se efetive.

Nesse ambiente crítico, o enfermeiro cuida de pacientes acometidos por patologias variadas como acidentes vasculares encefálicos e politraumatizados que, por vezes, evoluem para morte encefálica (ME), exigindo cuidados intensivos e específicos (GUIDO et al., 2009). Há uma demanda física e mental maior quando comparados com outros pacientes internados na UTI (FLODÉN; FORSBERG, 2009; FLODÉN; BERG; FORSBERG, 2011).

No tocante a ME, os estudos (SESMA; OLLO, 2001; ARAÚJO; CINTRA; BACHEGA, 2005; RECH; RODRIGUES FILHO, 2007; D'

IMPERIO, 2007; GUETTI; MARQUES, 2008) têm dedicado mais atenção aos cuidados com o potencial doador de órgãos, com processo fisiopatológico da morte encefálica, não incluindo a percepção do enfermeiro quanto a estes cuidados.

O interesse por esta temática decorreu da vivência da pesquisadora principal como enfermeira intensivista e pela lacuna do conhecimento relativa ao objeto de investigação. No cotidiano das práticas assistenciais aos pacientes graves, percebi que havia modos diferentes de cuidar na UTI e que certa prioridade é dada aos pacientes graves em detrimento daqueles com diagnóstico de morte encefálica. Essa percepção me inquietou no sentido de compreender os motivos, como os enfermeiros organizam o processo de trabalho para atribuir prioridades às diferentes condições clínicas dos pacientes internados nesse serviço. Dessa forma o problema de pesquisa foi delimitado a partir do seguinte questionamento: **Que significados os enfermeiros atribuem ao cuidado ao paciente em morte encefálica?**

Neste sentido, buscou-se compreender os significados do cuidado ao paciente em morte encefálica para enfermeiros de um hospital universitário, construindo um modelo teórico, sob a perspectiva da complexidade.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, tendo a *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como referencial metodológico. A finalidade da TFD é a construção de uma teoria apoiada nos dados da investigação de maneira indutiva e dedutiva, mediante a organização dos dados empíricos em categorias conceituais, e a consequente explicação do fenômeno investigado (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A coleta de dados foi realizada com enfermeiros de um hospital universitário do nordeste brasileiro, no período de dezembro de 2010 a junho de 2011, utilizando-se como técnica de coleta a entrevista aberta, sendo esta norteada pela seguinte questão: O que significa para você cuidar do paciente em morte encefálica? No decorrer da entrevista, outras questões foram formuladas para aprofundar a compreensão da experiência em cuidar do paciente em ME.

Para a seleção dos participantes, procurou-se buscar locais, pessoas ou fatos que potencializassem oportunidades de descobrir variações entre conceitos e de tornar densas categorias em termos de

suas propriedades e de suas dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008). O tamanho da amostra teórica foi determinado pela Saturação Teórica dos dados, conforme preconiza a TFD, sendo atingida com 12 entrevistas. A saturação teórica é alcançada quando não surgir novos dados importantes em relação a uma determinada categoria; quando essa estiver bem desenvolvida nas suas propriedades e dimensões; e quando as relações entre as categorias estiverem bem estabelecidas e validadas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

No início da coleta de dados, indutivamente, foram entrevistados os enfermeiros que atuavam em UTI. Com o desenvolvimento da pesquisa, a partir da análise dos dados (codificação das entrevistas, memorandos e diagramas) e das hipóteses construídas ao longo desse processo, surgiu a necessidade de se buscar outros participantes para a compreensão do fenômeno.

Logo, os participantes foram organizados em três grupos amostrais. O primeiro grupo amostral foi composto por quatro enfermeiras assistenciais da UTI do Hospital Universitário. Para integrar este grupo era necessário que o enfermeiro tivesse vivenciado a experiência de cuidar de um paciente em ME. O segundo grupo amostral foi composto por quatro enfermeiros que desenvolviam suas atividades no serviço de captação de órgãos e transplante do referido hospital, tendo em vista as hipóteses resultantes do primeiro grupo, que apontaram que o cuidado ao paciente em ME é complementado/compartilhado com o serviço de captação de órgãos e transplante. Dessa forma, a questão norteadora da entrevista para este grupo foi: Como estão organizadas as práticas de cuidado ao paciente em morte encefálica? Como se dá o processo de complementaridade do cuidado a este paciente?

Os enfermeiros do segundo grupo amostral referiram que com a evolução do conhecimento científico na área de transplante houve modificação no cuidado ao paciente em ME. Desse modo, considerou-se importante buscar a compreensão de como era o cuidado ao paciente em ME antes da consolidação das políticas de transplante. Assim, foram entrevistados quatro enfermeiros que haviam trabalhado na UTI em período anterior à implantação do serviço de transplante no referido hospital, tendo como questão: Como era o cuidado ao paciente em morte encefálica quando você trabalhava na UTI? Como foi a sua experiência em cuidar deste paciente?

As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente reapresentadas aos participantes do estudo no intuito de permitir que os dados fossem validados por eles, para correções e acréscimos, caso

julgassem necessários. A análise dos dados ocorreu, de modo simultâneo a coleta, seguindo as etapas propostas pela TFD: codificação aberta, axial e seletiva.

Na codificação aberta, os dados foram analisados linha por linha com o objetivo de identificar cada ideia/incidente/evento, formando os códigos preliminares. Em seguida, estes foram reunidos, por similaridades e diferenças, elaborando os códigos conceituais ou conceitos. Na codificação axial reagruparam-se os dados que foram separados na etapa anterior, visando relacionar categorias às suas subcategorias, no sentido de obter uma explicação mais clara e completa sobre o fenômeno, assim como as suas propriedades e dimensões. Na fase da codificação seletiva, as categorias e subcategorias encontradas, foram comparadas e analisadas continuamente com o objetivo de integrar e de refinar o modelo, definindo, dessa forma, a categoria central. E a partir desta foi desenvolvida a explicação teórica (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para classificar e organizar as associações emergentes entre as categorias foi utilizado um esquema organizacional, denominado paradigma ou modelo paradigmático. Trata-se de uma estrutura analítica que ajuda a reunir e a ordenar os dados sistematicamente, de forma que estrutura e processo sejam integrados. Esse modelo estabelece uma relação entre as categorias a partir dos seguintes componentes: fenômeno, contexto, condições causais e intervenientes, estratégias e as consequências (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Este estudo seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), recebendo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sob o protocolo 3936/2010. A obtenção da anuência dos participantes se deu através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservar o anonimato dos participantes, os nomes deles foram substituídos por um código, ou seja, pela letra “E” seguida do número de ordem da entrevista (E1, E2, E3...E12).

RESULTADOS

Desvelando relações e interações múltiplas do ser enfermeiro na complexidade do cuidado ao ser em ME emergiu como fenômeno

a partir do processo de codificação. A compreensão deste fenômeno foi construída por conceitos organizados em categorias e subcategorias que se apresentaram intimamente relacionados. O fenômeno foi estruturado pelas categorias que serão descritas a seguir, com suas respectivas subcategorias.

Cuidando em Unidade de Terapia Intensiva

Esta categoria é considerada o contexto onde o fenômeno se desenvolve, sendo constituída pela subcategoria Reconhecendo o ambiente de UTI como um serviço de referência para manutenção do ser em ME potencial doador.

O ser enfermeiro ao estar reconhecendo o ambiente da UTI como um serviço de referência para manutenção do ser em ME potencial doador, ressalta que se sente seguro e tranquilo quando este paciente encontra-se no Hospital Universitário, pois este local é propício para sua manutenção devido à presença da Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

“E eu acho que no Hospital Universitário a gente desenvolve um bom trabalho devido à presença da Comissão de Transplante” (E3).

“Quando temos um paciente em ME aqui no HU, nós ficamos mais tranquilos” (E8).

Enfatiza que a parceria/interação com a CIHDOTT é fundamental, porque cuidar do paciente em ME torna-se mais fácil com a presença do enfermeiro da Comissão, pois ele acompanha e sistematiza a assistência, prestando um cuidado direto ao paciente, fazendo com que os objetivos de captar órgãos e salvar vidas sejam alcançados.

“Então, eu acho que essa parceria, essa presença da Comissão é algo importante porque acompanha, sistematiza o cuidado e

atinge o objetivo que é captar órgãos e salvar vidas” (E9).

No entanto, admite que a UTI é um ambiente tenso, onde a morte é uma constante.

“Em terapia intensiva a gente lida quase que diariamente, horariamente, digamos assim, por turno, com a morte. Às vezes, acontece de falecer um de manhã, um a tarde e um a noite” (E4).

Tendo que organizar as práticas de cuidado em UTI ao ser em ME

Esta categoria leva ao desencadeamento do fenômeno, sendo delimitada a partir das seguintes subcategorias: Estabelecendo a diferença de cuidado entre o ser em ME e o paciente crítico e Tecendo a organização das práticas de cuidado em UTI.

O ser enfermeiro para estabelecer as relações cuidativas necessita identificar e diferenciar os pacientes que ali estão internados. Nesse ambiente de UTI concentram-se vários tipos de pacientes, sejam aqueles críticos, potencialmente recuperáveis ou com prognóstico negativo, como o ser em ME, que necessitam de cuidados contínuos.

A diferença em cuidar do ser em ME e do paciente crítico está atrelada ao estímulo que motivam os enfermeiros a cuidar do paciente. Essa motivação para o cuidado está centrada na possibilidade de vida, no prognóstico do paciente, como descrito na fala seguinte:

“[...] quando sabemos que um paciente tem um prognóstico, e não é só a equipe de enfermagem, mas a equipe como um todo, investe em prescrição ou em medicamentos. [...] E, quando você vê que um paciente está em ME, todos os testes foram feitos e confirmado a ME, então a gente percebe que

vai se deixando de investir naquele paciente” (E2).

O cuidado ao ser em ME é definido pelo enfermeiro como um “cuidado mais paliativo”, “delicado”, “bem difícil”, “que dá trabalho” e exige atenção de modo integral. Além disso, o cuidado deve ser prestado no momento exato para que não ocorra o insucesso no processo de doação de órgãos.

“No paciente em ME temos sempre que estar fazendo alguma coisa. E tem que se fazer rápido, pois a cada momento que se perde e não se cuida, o insucesso do processo de doação e transplante é mais provável. ME exige muito cuidado, muita atenção o tempo todo” (E5).

Diante das diferenças estabelecidas entre o cuidado ao ser em ME e ao paciente crítico faz-se necessário que o ser enfermeiro realize a organização das práticas de cuidado em UTI. Para manter a estabilidade hemodinâmica do ser em ME, potencial doador, tanto o ser enfermeiro da UTI como o ser enfermeiro da CIHDOTT organizam as práticas de cuidado a esse paciente.

“Basicamente são esses os nossos primeiros cuidados com relação ao cuidado do ser em ME. É a manutenção do paciente em ME. Depois, eu vou observando se o que eu estou fazendo está surtindo efeito. Se só o cobertor resolveu ou não. Se ele continua hipotérmico, então vou correr atrás de um foco e do aquecimento das soluções parenterais [...] Então, você vai analisando o todo e à medida que você vai tomando as condutas, você vai observando se aquilo que você está fazendo, está surtindo efeito ou não” (E5).

Considerando as interveniências facilitadoras e dificultadoras do cuidado ao ser em ME na perspectiva das relações/interações entre o ser enfermeiro, ser equipe e família

Esta categoria apresenta-se como condição interveniente no processo de cuidado do ser em ME, sendo composta pelas subcategorias: Considerando as condições facilitadoras do cuidado ao ser em ME na perspectiva das relações/interações do ser enfermeiro na equipe e com a família e Considerando as condições dificultadoras do cuidado ao ser em ME na perspectiva das relações/interações do ser enfermeiro e do ser equipe.

O ser enfermeiro e, de modo geral, os profissionais de saúde, referem que necessitam de capacitação técnica, bem como de habilidades/aptidões que facilitem a assistência direta ao ser em ME, como percepção, atenção, agilidade e sensibilidade.

“E para que a estabilidade do paciente em ME seja efetivada, além das drogas e aparelhos, a atenção e a percepção do profissional são extremamente importantes” (E1).

Reconhecem ainda que quando estes profissionais são sensibilizados para a doação de órgãos, este fato contribui para que eles tornem-se mais “sensíveis” ao processo de cuidado ao ser em ME. Acrescentam que o ambiente da UTI é um cenário que permite o aprendizado e o aperfeiçoamento na prática.

“Eu aprendi na prática. Lá na UTI temos um protocolo de ME que é preenchido quando se faz o teste clínico. Quando eu cheguei lá, que eu vi pela primeira vez os primeiros testes, eu me sentia perdida. Então, eu fui aprendendo na prática” (E3).

Na subcategoria considerando as condições dificultadoras do cuidado ao ser em ME na perspectiva das relações/interações do ser enfermeiro e do ser equipe, os profissionais admitem que é “bem difícil” cuidar do ser em ME. O que torna difícil o cuidado ao paciente em ME é a consequência do vínculo e do apego. Estes sentimentos produzem um terceiro que é o sofrimento do enfermeiro pela perda. Outra dificuldade no cuidado em UTI é quando o paciente em ME não é doador, pois os enfermeiros não têm claro qual é a finalidade do cuidado que é oferecido. Afirmam que existe um despreparo técnico, emocional e dúvida sobre a finitude da vida do ser em ME.

“Eu tenho certa dificuldade em cuidar do paciente em ME [...] Quando é um paciente que você não conhece, a dificuldade diminui. [...] Agora quando é um paciente que existe um vínculo, é pior. E eu tinha dificuldade porque eu não sabia muito que fazer. Que parâmetro deixar? Quanto que eu tenho que deixar essa pressão? Qual é o normal da diurese dele a cada hora? Qual é o bom?” (E3).

“Eu sempre tinha dificuldade em cuidar porque o paciente em ME estava praticamente morto. Cuidar desse paciente para mim era muito triste. A tristeza em cuidar do paciente em ME é saber que estava perdendo-o” (E11).

As dificuldades dos enfermeiros que atuam na CIHDOTT estão vinculadas ao relacionamento médico-enfermeiro e a logística do processo de doação de órgãos.

“São raríssimos os profissionais médicos que aceitam a sugestão de um profissional enfermeiro. Isso é outro entrave. É uma grande barreira” (E7).

“O primeiro entrave no processo de cuidado do paciente em ME é a falta de médicos intensivistas. O segundo entrave é a falta de equipamentos para fazermos a monitorização do paciente. [...] Outro entrave que lembrei é que temos que fechar o protocolo da ME aqui no Hospital Universitário” (E8).

Outro ponto dificultador é que o processo de cuidado é permeado pelo distanciamento entre o profissional e o ser em ME. Existem situações em que esses pacientes são colocados “de lado” e é prestado cuidado parcial e periférico. Utilizam a expressão “paciente jogado” para expressar a pobreza do vínculo e o compromisso profissional de cuidado intensivo e contínuo do enfermeiro. Esta situação ocorre principalmente quando o paciente não é doador, sendo caracterizada pelos enfermeiros como uma falha no cuidado.

“Você não tem aquele mesmo cuidado se o paciente fosse doador. O paciente não doador fica meio que... A palavra eu acho que é largado mesmo. Você faz o básico [...] Mas, eu acho que o paciente fica jogado porque você não tem mais aquele compromisso do cuidar. Não tem mais o que fazer” (E3).

Os enfermeiros da UTI reconhecem que não é por negligência que (des)cuidam do ser em ME, mas por desconhecimento, despreparo psicológico e emocional em lidar com a situação. Ressaltam que a consequência do descuidado ao ser em ME é o comprometimento do processo de doação de órgãos. Além disso, apontam a formação dos profissionais de saúde como outro aspecto dificultador.

“Até porque a gente não é preparada para cuidar do paciente em ME quando fazemos a faculdade. Ouvi falar de morte na faculdade na disciplina de Psicologia. Então, eu acho que para nós, enfermeiro deveria ser

primordial, principalmente ME [...] Na faculdade o que eu vi sobre o cuidado do paciente em ME foi muito superficial” (E3).

“Porque muitos médicos são leigos no assunto sobre doação [...] Então, muitas coisas precisam ser esclarecidas. Como não é da prática diária deles, e não foi ensinado na faculdade” (E6).

Incorporando atitudes para cuidar da complexidade do ser em ME

Incorporando o conhecimento científico ao cuidado do ser em ME, Apontando atitudes de cuidado do ser enfermeiro e do ser equipe ao ser em ME, Incorporando atitudes para amenizar as frustrações do processo de cuidado do ser em ME e Efetivando o cuidado ao ser em ME pelo serviço de captação de órgãos são considerados elementos estratégicos que o ser enfermeiro incorpora para desenvolver o cuidado a este paciente.

O enfermeiro da UTI tende a incorporar o conhecimento científico ao processo de cuidado para oferecer um cuidado de qualidade ao ser em ME. Ao estar apontando atitudes de cuidado do ser enfermeiro e do ser equipe ao ser em ME, os enfermeiros e a equipe, comprometem-se em manter a estabilidade deste paciente com responsabilidade, dedicação e esmero profissional em todas as atividades para conservar as condições hemodinâmicas favoráveis ao transplante. Afirmam que fazem o “máximo que podem” para que este cuidado seja efetivo. Cuidam do ser em ME com dignidade e respeito, buscam ter atitude profissional e estar “forte emocionalmente” para proporcionar um melhor cuidado.

“Um melhor atendimento ao ser que está em ME é um atendimento igualitário. Igual aos outros pacientes” (E2).

“O paciente em ME é um paciente grave como qualquer outro aqui da UTI. Ele tem as suas peculiaridades” (E4).

A subcategoria Efetivando o cuidado ao ser em ME pelo serviço de captação de órgãos aborda sobre atuação do enfermeiro na CIHDOTT e na Central de Transplantes, e em síntese, retratam as estratégias que são incorporadas para organizar as práticas de cuidado ao ser em ME como a busca ativa deste paciente na UTI, a interação com a equipe multiprofissional, implantação de protocolos de cuidado, discussão de caso em equipe e atividades educativas sobre ME. Os enfermeiros reconhecem que a educação é a principal estratégia para a organização do cuidado.

“As estratégias utilizadas para organizar as práticas de cuidado ao paciente em ME é o dia a dia, a busca ativa [...] A educação é a principal estratégia para organizar a prática de cuidado ao paciente em ME. A gente já deu algumas aulas na UTI e a gente sente a diferença do atendimento prestado pela equipe” (E5).

Emergindo a complexidade do cuidado ao ser em ME

Esta categoria configura-se como consequência do fenômeno sustentada pelas seguintes subcategorias: Emergindo os sentimentos e reações do ser enfermeiro no processo de cuidado ao ser em ME, Apontando a complexidade do cuidado ao ser em ME e Avançando nas práticas de cuidado ao ser em ME.

Na subcategoria Emergindo os sentimentos e reações do ser enfermeiro no processo de cuidado ao ser em ME, o ser enfermeiro da UTI admite que durante este processo de cuidado emergem sentimentos de bem estar, frustração, tristeza, angústia e reações diversas, denominando este momento de “miscelânea de sentimentos”. Sente-se sufocado no ambiente de trabalho por não ter condições de expressar suas emoções.

“Lá [na UTI] realmente não dá para chorar porque é tanta coisa para ser feita e nós acabamos nos detendo naquelas atividades [...] Ao mesmo tempo em que fazemos, nos sentimos bem de está cuidando, tem o momento de tristeza, mas na verdade é uma miscelânea de sentimentos que apresentamos” (E1).

Na subcategoria Apontando a complexidade do cuidado ao ser em ME evidencia-se que a complexidade está em compreender como um ser morto exige tantos cuidados dos profissionais de saúde. Além de ser complexo, o cuidado a este paciente exige a complementaridade entre diversos e diferentes profissionais da equipe de saúde. O ser enfermeiro da CIHDOTT e da Central de transplantes compartilham e complementam o cuidado ao ser em ME com a equipe da UTI.

“O processo complementar para mim é chegar junto. Sempre você tem que chegar fazendo juntamente com a equipe [...] Porque a sistematização tem que partir dos médicos. A gente precisa deles. É um trabalho que não anda só. Primeiro porque o médico tem que identificar. Eu preciso cuidar e manter” (E5).

O enfermeiro valoriza o trabalho em equipe no cuidado ao ser em ME potencial doador. Uma das participantes faz analogia do trabalho em equipe com uma engrenagem. Compreende que a complexidade do cuidado exige a interdependência das práticas de cuidado, e quando isso não acontece o processo de cuidado ou é interrompido ou é ineficaz comprometendo a condição de potencial doador.

“Nós somos seres sociáveis e trabalhamos em conjunto, quer queiramos ou não. Então, a gente precisa dessa engrenagem tratando-se de um paciente desse [em morte encefálica] sendo ele um potencial doador. É uma engrenagem que uma coisa só funciona

dependendo da outra e de toda uma equipe. E quando isso não acontece atrapalha. É como se algo interrompe aquele movimento e perde-se todo um serviço. E perde-se ainda um paciente que poderia ter futuramente ajudado outras pessoas também” (E1).

Avançando nas práticas de cuidado ao ser em ME é uma subcategoria na qual os enfermeiros referem crescimento profissional com as experiências de cuidado ao ser em ME e, admitem que houveram mudanças na postura dos profissionais ao cuidar do potencial doador. Os enfermeiros da CIHDOTT reconhecem que os profissionais da UTI estão mais comprometidos com o cuidado deste paciente. Associam este avanço com o fato de estarem mais presentes no setor. Além da mudança na postura do profissional, houve alteração na concepção do cuidado ao ser em ME.

“O paciente em ME deixou de ser um paciente tranquilo e que iria parar a qualquer hora, para ser um paciente que requer muitos cuidados. Houve uma mudança na concepção do paciente em ME. Eu lembro que antigamente era apenas condutas de suporte. Era apenas soro para manutenção da veia e o ventilador. [...] Agora é hidratação rigorosa e reposição hidroeletrólítica sempre que necessário. Quer dizer mil cuidados. Muito mais cuidados do que determinados pacientes críticos” (E5).

As relações e integrações entre as categorias e as subcategorias resultaram no modelo teórico representado na figura abaixo:

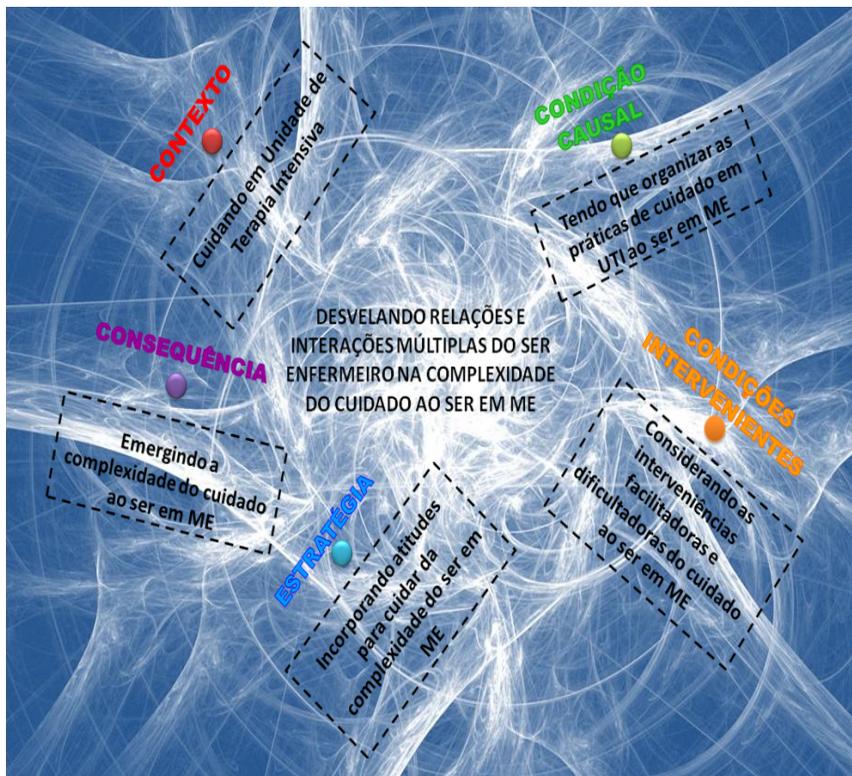


Figura 7: Representação do fenômeno Desvelando relações e interações múltiplas do ser enfermeiro ao cuidar da complexidade do ser em morte encefálica.

DISCUSSÃO

Os enfermeiros participantes do estudo definiram a UTI como um ambiente propício para manutenção do paciente em ME potencial doador. Este ambiente caracteriza-se por ser um setor fechado, tenso, muita das vezes hostil que apresenta peculiaridades na organização do trabalho e nas relações ali estabelecidas, em decorrência do tipo e gravidade do paciente (CAVALHEIRO; MOURA JÚNIOR; LOPES, 2008). Destaca-se a presença de pacientes críticos acometidos por diversas patologias como acidente vascular encefálico, traumatismo cranioencefálico, tumores cranianos, dentre outros, que podem evoluir para ME (GUIDO et al., 2009). Ao ser detectado um paciente nesta

condição, o ser enfermeiro da UTI estabelece parceria com os enfermeiros da CIHDOTT com o propósito de favorecer a manutenção das condições hemodinâmicas deste paciente para fins de doação (BRASIL, 2006).

Os enfermeiros do estudo relataram que a motivação em cuidar do paciente em ME estava na expectativa de gerar vida, por meio da doação de órgãos. No entanto, quando não há definição sobre a possibilidade de doação, há uma tendência menor de investimento cuidativo por parte da equipe (GUETTI, MARQUES, 2008; AMORIM, AVELAR; BRANDÃO, 2010). Para garantir a manutenção adequada é necessária a organização das práticas de cuidado que inclui o gerenciamento do cuidado e da equipe de trabalho.

A organização das práticas de cuidado pelo enfermeiro da CIHDOTT constitui-se em identificar as necessidades do potencial doador; implementar, avaliar e acompanhar os resultados dos cuidados. Essas etapas não diferem das convencionalmente empregadas a um paciente crítico. Porém, o diferencial está na agilidade e na “corrida contra o tempo” que o profissional tem que enfrentar no processo de cuidado a este paciente, pois as alterações fisiopatológicas e hemodinâmicas relacionadas a ME, são variáveis e estão diretamente relacionadas com o sucesso do processo de doação de órgãos e transplante (LIMA, SILVA, PEREIRA, 2009).

Os cuidados realizados ao paciente em ME são comuns aos realizados a outros pacientes e requerem dos profissionais de saúde, neste caso, o enfermeiro, sensibilidade, envolvimento, empatia, olhar atento, percepção aguçada, interação, conhecimento e crença. Agindo deste modo, o paciente pode ser assistido com eficiência e resolutividade (ALENCAR, LACERDA, CENTA, 2005). Outra forma de facilitar a assistência é a capacitação dos profissionais, bem como o aprendizado e o aperfeiçoamento na prática juntamente com a equipe da UTI (GUIDO et al, 2009; LEMES, BASTOS, 2007).

Uma questão conflitante para os profissionais entrevistados foi o diagnóstico da ME. É difícil compreendê-lo, pois o ser nesta condição é dito como morto, mas apresenta sinais de vida – batimentos cardíacos, calor e movimento dos pulmões – mesmo que seja por uma tecnologia de suporte vital (SHEMIE, 2007). Na verdade, trata-se de um paciente que tem em si elementos próprios de quem está vivo e, ao mesmo tempo, elementos que sustentam a sua morte (VARGAS, RAMOS, 2006), ou seja, é “uma pessoa morta em um corpo vivo”.

Pensar na finitude do ser em ME é complexo, pois incorpora a dialogicidade existente entre a vida e a morte. É muito difícil para o ser

enfermeiro cuidar de um paciente quando percebe que ele não tem mais perspectiva de recuperação, passando o paciente a ser mantido por aparelhos e medicações que vão garantir a estabilidade hemodinâmica e a viabilidade dos órgãos. O ser enfermeiro ao vivenciar esse processo de cuidado do ser em ME depara-se com a fragilidade de sua existência e recorda-se de sua própria finitude e da possibilidade de viver essa situação com seus familiares e pessoas próximas. Logo, torna-se difícil aceitar a morte como parte da condição humana. Esta dificuldade é potencializada quando existem vínculos entre enfermeiro e paciente (ALENCAR, LACERDA, CENTA, 2005).

Além da dificuldade de compreensão da finitude do ser em ME, permeia o processo de cuidado a falta de material, de equipamentos, de medicamentos e até mesmo de profissionais qualificados, o que às vezes impede a equipe de prestar o cuidado adequado. A falta de um bom relacionamento médico-enfermeiro também interfere diretamente na assistência prestada (CORONETTI et al., 2006; AMORIM, AVELAR; BRANDÃO, 2010).

A formação acadêmica dos profissionais de saúde, dentre eles, médicos e enfermeiros, está voltada para preservação da vida e cura das doenças (BELLATO et al., 2007). A abordagem da morte e ME nos cursos universitários da área da saúde tem sido feita de modo superficial e fragmentado em disciplinas básicas, não havendo momentos formalmente estipulados nos currículos para a discussão dessa temática. Este fato é preocupante, por se considerar que os futuros profissionais saem da academia despreparados para atuação eficaz no campo da doação e dos transplantes (MAIA, AMORIM, 2009). Fica evidente que a formação dos profissionais da saúde está pautada no modelo simplificador, conhecido também como reducionista, que divide o todo em partes e as estuda em separado, de forma isolada, sem contextualizá-las (MORIN, 2008b).

Na prática profissional, o enfermeiro, da UTI e da CIHDOTT, deve ter conhecimento técnico e científico para garantir, juntamente com os demais membros da equipe de saúde, a manutenção da estabilidade hemodinâmica do potencial doador, possibilitando um melhor cuidado, com dignidade e respeito, de modo que ele se torne um doador efetivo (GUETTI, MARQUES, 2008).

Compete ao enfermeiro da CIHDOTT reconhecer, detectar e identificar o potencial doador, viabilizar o diagnóstico da ME, articular-se com Central Nacional de Captação e Doação de Órgãos (CNCDO) para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos e

responsabilizar-se pela educação continuada dos funcionários da instituição (BRASIL, 2005).

A educação é fator determinante para o sucesso ou insucesso do processo de doação e transplante, sendo os treinamentos, cursos, textos e palestras estratégias fundamentais para instrumentalizar a assistência (LEMES, BASTOS, 2007).

A experiência de cuidar do ser em ME faz emergir nos enfermeiros uma “miscelânea de sentimentos”, na qual estão implícitas emoções que permeiam todas as ações de cuidado. A ambiguidade dos sentimentos pode estar relacionada com a complexidade do enfermeiro, um ser multidimensional que incorpora em si aspectos físicos, biológicos, sociais, culturais, psíquicos e espirituais, e que ao conceber a articulação e a diferença de todos esses aspectos, retrata sua complexidade, não havendo, dessa forma, possibilidade de separá-los no momento do cuidar. Trata-se de um Ser “uno e múltiplo” simultaneamente (ALBUQUERQUE, 2007; MORIN, 2007).

Na concepção do enfermeiro participante do estudo, o paciente em ME é um ser que está morto, mas que deve permanecer conectado a diferentes aparelhos e equipamentos, exigindo dos profissionais cuidados de paciente grave, sem distinções, com a finalidade de assegurar sua estabilidade hemodinâmica para doação. O desafio para o enfermeiro se impõe em transpor a visão reducionista deste paciente como morto, mas reconhecê-lo como potencial para salvar vidas. A complexidade do cuidado ao ser em ME está em conscientizar-se que este paciente não é um ser dicotômico, ou seja, ou morto ou vivo, incorporando em si a vida e a morte simultaneamente (SILVA, CIAMPONE, 2003; MORIN 2008b).

Para cuidar de um ser tão complexo, como o paciente em ME, é indispensável que o enfermeiro da CIHDOTT atue de modo complementar e interdisciplinar com a equipe da UTI, que interajam e atentem para especificidades deste paciente, para não fragmentar a assistência. Na verdade, o enfermeiro precisa extrapolar os limites do saber disciplinar e caminhar em busca da perspectiva dialógica e complementar em relação aos profissionais da saúde (ERDMANN, 1996), pois nenhum profissional individualmente é capaz de responder pelas diferentes dimensões que envolvem o cuidado ao paciente em sua totalidade.

O enfermeiro admite que as experiências de cuidar do Ser em ME proporcionam mudanças na concepção do cuidado e na postura profissional, uma vez que incorporaram novas atitudes, conhecimentos e destrezas para cuidar do paciente em condição de ME.

CONCLUSÃO

A compreensão do significado da experiência de cuidar do paciente em ME para os enfermeiros de um hospital universitário do nordeste do país permite revelar o fenômeno **Desvelando relações e interações múltiplas do ser enfermeiro na complexidade do cuidado ao ser em morte encefálica** sendo definido pela inter-relação de cinco categorias: Cuidando em Unidade de Terapia Intensiva (Contexto); Tendo que organizar as práticas de cuidado em UTI ao ser em ME (Condição causal); Considerando as interveniências facilitadoras e dificultadoras do cuidado ao ser em ME na perspectiva das relações/interações entre o ser enfermeiro, ser equipe e família (Condição Interveniente); Incorporando atitudes para cuidar da complexidade do ser em ME (Estratégia); e Emergindo a complexidade do cuidado ao ser em ME (Consequência).

O processo de cuidado ao ser em ME é primordialmente realizado em Unidade de Terapia Intensiva. Neste ambiente são estabelecidas múltiplas relações e interações entre o enfermeiro e o ser em ME (potencial doador ou não doador), entre o enfermeiro e a equipe (UTI, CIHDOTT e Central de Transplante) e entre o enfermeiro e a família. O enfermeiro compreende que cuidar do ser em ME é estabelecer múltiplas relações e interações que promovam o cuidado eficaz de modo a manter a estabilidade hemodinâmica deste paciente.

Com a realização deste estudo evidencia-se que cuidar do paciente em ME é delicado, difícil e que exige atenção de modo integral dos enfermeiros. O cuidado ao paciente nesta condição é complexo. A complexidade deste cuidado consiste em promover mudança de paradigma na forma como o ser em ME é visto e cuidado, sendo possível enxergá-lo para além de um ser morto, mas como um ser gerador de vida por meio da doação de órgãos.

Dessa forma, a complexidade do cuidado ao ser em ME permite o enfermeiro visualizar novos caminhos e assumir atitudes diferentes frente ao cuidado deste paciente, potencializando melhorias em sua atuação, neste contexto.

REFERÊNCIAS

ALBURQUEQUE, N.M.G. **Vivência do enfermeiro no cuidado humano na Unidade de Terapia Intensiva Adulto.** 2007. 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2007.

ALENCAR, S.C.S.; LACERDA, M.R.; CENTA, M.L. Finitude humana e Enfermagem: reflexões sobre o (des)cuidado integral e humanizado ao paciente e seus familiares durante o processo de morrer. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.7, n.2, p.171-180, maio/ago. 2005

AMORIM, V.C.D.; AVELAR, T.A.B.A.; BRANDÃO, G.M.O.N. The optimization of the nursing care to the patient with death Encephalic: potential donor of multiples organs. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v.4, n.1, p.218-26, jan./mar. 2010

ARAÚJO, S.; CINTRA, E.A; BACHEGA E.B. Manutenção do potencial doador de órgãos. In: Cintra, E.A; Nishide, V.M.; Nunes, W.A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo.** São Paulo: Atheneu, 2005. p. 443-56.

BELLATO, R. et al . A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. **Acta paulista enfermagem.** São Paulo, v. 20, n.3, Sept. 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002007000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Aug. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. Aspectos éticos envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Portaria n. 1752/GM, de 23 de setembro de 2005. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-desaude/transplantesimplantes/Portaria_1752.pdf Acesso em: 23 ago.2011

BRASIL. Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Ministério da Saúde ed: Portaria GM no 1.262 de 16 de junho de 2006; 2006.

CAVALHEIRO, A.M.; MOURA JUNIOR, D.F.; LOPES, A.C. Stress in nurses working in intensive care units. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.1, feb. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de ago. 2011.

CORONETTI, A. et al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Florianópolis, v. 35, n. 4, p.36-43. 2006

D'IMPERIO, F. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19 n. 1, p.74-84, jan./mar. 2007

ERDMANN, A.L. Prioridade de Pesquisa em Gestão. In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Gestão em Enfermagem: Ferramentas para Prática Segura**. Maria de J. C. S. Harada, organizadora. São Caetano do Sul. SP: Yendes Editora. 2011. p. 463-72

ERDMANN, A.L. **Sistema de cuidado de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1996.

FLODÉN, A.; FORSBERG, A. A phenomenographic study of ICU-nurses's perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors. **Intensive and Critical Care Nursing**, v.25, n.6, p.306-313, dez. 2009

FLODÉN, A.; BERG, M; FORSBERG, A. ICU nurses' perceptions of responsibilities and organisation in relation to organ donation - A phenomenographic study. **Intensive and Critical Care Nursing**, Netherlands, 2011. No prelo.

GUETTI, N.R.; MARQUES, I.R. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.61, n.1, p. 91-7, jan./fev. 2008.

GUIDO, L.A. et al. Stressors in the nursing care delivered to potential organ donors. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [periódico na Internet]. 2009 Dez [citado 2011 Ago 22];17(6):1023-1029. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692009000600015&lng=pt.

LEMES M.M.D. D, BASTOS M.A.R. Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem. **Revista Latino-americana Enfermagem on line**, São Paulo, v. 17, n.6, set.-out., 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a15.pdf Acesso em: 10 jun 2011.

LIMA, A.A.F.; SILVA, M.J.P.; PEREIRA, L.L.. Sofrimento e contradição: o significado da morte e do morrer para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante. **Enfermería global**, Murcia, n. 15, feb. 2009. Disponível em:<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412009000100002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 18 agosto 2011.

MAIA, B.O.; Amorim, J.S. Morte encefálica: conhecimento de acadêmicos de enfermagem e medicina. **Jornal Brasileiro de Transplantes**. v. 12, n.2, p. 1088-1091, abr./jun. 2009

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 15ª Edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008b

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 3ª Edição. Porto alegre: Sulina, 2007.

RECH, T.H.; RODRIGUES FILHO, E.M. Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19 n. 2, p. 197-204, abr./jun., 2007

SESMA, A.M.; OLLO, M.Z. Cuidados de enfermagem em el mantenimiento del donante potencial de órganos em muerte encefálica. **Enfermería Intensiva**, Madrid, v.12, n.1, p. 10-20, enero, 2001.

SHEMIE, S.D. Parada cerebral, parada cardíaca e incertezas na definição de morte. *Jornal de Pediatria*. (Rio de Janeiro) [periódico na Internet]. v. 83, n.2, p.102-104, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572007000200003&lng=pt. Acesso em: 20 ago. 2011

SILVA, A.L.; CIAMPONE, M.H.T. Um olhar paradigmático sobre a Assistência de Enfermagem: um caminhar para o cuidado complexo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342003000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 ago. 2011.

STRAUSS, A; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

VARGAS, M.A.; RAMOS, F.R.S. A morte cerebral como o presente para a vida: explorando práticas culturais contemporâneas. **Texto contexto em Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n.1, Mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Aug. 2011.

6.2 MANUSCRITO 2: EMERGINDO A COMPLEXIDADE DO CUIDAR AO SER EM MORTE ENCEFÁLICA

EMERGINDO A COMPLEXIDADE DO CUIDAR AO SER EM MORTE ENCEFÁLICA⁵

Aline Lima Pestana⁶

Alacoque Lorenzini Erdmann⁷

Francisca Georgina Macêdo de Sousa⁸

Resumo

Objetivo: Desvelar a complexidade do cuidado ao ser em morte encefálica articulado ao pensamento complexo. **Metodologia:** Estudo apoiado na Grounded Theory que, de forma sistemática e interativa possibilitou o desenvolvimento do fenômeno “Desvelando relações e interações múltiplas do ser enfermeiro na complexidade do cuidado ao ser em morte encefálica”. Amostra teórica constituiu-se de 12 enfermeiros, distribuídos em três grupos amostrais. Os dados foram coletados por meio da entrevista aberta. **Resultados:** Neste estudo foi abordado a consequência do modelo paradigmático que evidenciou que

⁵ Artigo elaborado a partir da dissertação intitulada “Desvelando relações e interações múltiplas do ser enfermeiro na complexidade do cuidado ao ser em morte encefálica na Unidade de Terapia Intensiva”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2011.

⁶ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Bolsista CNPq. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado de Enfermagem e Saúde (GEPADES). Florianópolis. Brasil. Endereço: Rua Edson Areas, n. 18, apto. 104, Trindade. Florianópolis. Santa Catarina. CEP: 88036070. Fone: (48) 3365-3410. Email: aline_lima_pestana@yahoo.com.br

⁷ Doutora em Filosofia de Enfermagem, Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, Pesquisadora 1A do CNPq, Acadêmica da ABAH, Líder do GEPADES, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: alacoque@newsite.com.br

⁸ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente – GEPSFCA. Membro do GEPADES. Email: fgeorginasousa@hotmail.com

o cuidar do ser em ME permite emergir reações e sentimentos variados no enfermeiro, revelando a complexidade do cuidado a este paciente, pessoa morta, em corpo vivo, exigindo um trabalho em equipe e complementar dos profissionais envolvidos no cuidado. **Conclusão:** A complexidade do cuidado ao ser em ME implica em promover uma mudança de paradigma na forma como este ser é visto e cuidado. Significa superar indo muito além do paradigma reducionista que permite enxergá-lo como um morto. Significa incorporar um novo modo de cuidar, uma nova consciência, que transpõe as barreiras do cuidar tradicional e hegemônico a este paciente.

Descritores: Cuidados de Enfermagem. Morte Encefálica. Enfermeiros. Cuidado Intensivos

INTRODUÇÃO

O paciente em morte encefálica (ME) é definido como um ser que apresenta parada total e irreversível do cérebro e tronco cerebral, mas que mantém, temporária e artificialmente, a função cardiorrespiratória (BRASIL, 1997). Somente de 1 a 4% das pessoas que morrem no ambiente hospitalar e entre 10-15% daquelas que morrem em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) apresentam o quadro de ME (GARCIA, 2006). O traumatismo cranioencefálico, o acidente vascular encefálico e a lesão cerebral hipóxico-isquêmica são responsáveis por quase 90% das causas da ME (MORATO, 2009).

No ano de 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou as normas para o diagnóstico de ME no Brasil. Os critérios clínicos devem ser registrados no termo de declaração de ME por dois médicos experientes, não necessariamente neurologistas, em intervalo que varia conforme a faixa etária de cada paciente. É necessária a realização de exame complementar que demonstre ausência de atividade elétrica cerebral ou ausência metabólica cerebral ou ausência de perfusão sanguínea cerebral. Essa normatização permitiu a doação de órgãos e a exigência de cuidados intensivos para manter o paciente como potencial doador.

O cuidar do paciente em ME, muita das vezes, ainda está vinculado ao modelo biomédico, influenciado pelo paradigma cartesiano, que enxerga-o como um ser morto, sem perspectiva de vida, que consequentemente não necessita de cuidados específicos e

intensivos. No entanto, com o aprimoramento tecnológico na área dos transplantes de órgãos, percebeu-se que o paciente nesta condição começou a ser melhor cuidado devido à possibilidade de doação de órgãos e tecidos, permitindo que outras pessoas possam recomeçar suas vidas com mais qualidade.

Desse modo, é importante conduzir adequadamente o potencial doador com o mesmo empenho e dedicação que qualquer outro paciente da UTI. Este paciente não deve ser visto como um ser morto que não necessita de cuidados, mas deve-se avançar no olhar reconhecendo-o para além de um corpo. Não “deve deixar de ser singular e transformar-se em um objeto” (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004), mas ser visto em sua totalidade como ser humano.

Cuidar do ser em ME envolve o princípio dialógico que permite assumir racionalmente a inseparabilidade de duas noções contraditórias, ou seja, *une dois* princípios que tendem a se excluir, entendendo-os como simultaneamente concorrentes, antagônicos e complementares (MORIN, 2008). Isso é o que acontece com o paciente em ME, ser dialógico que congrega em si vida e morte, não como dicotomia, mas como uma unidade complexa.

Desse modo, buscou-se explorar na perspectiva do princípio dialógico do pensamento complexo, proposto por Edgar Morin, o componente do modelo paradigmático: Emergindo a complexidade do cuidar ao Ser em ME. O pensamento complexo estimula a desconstrução de padrões estabelecidos ao longo dos tempos sobre o paciente em ME possibilitando o desenvolvimento de olhares mais profundo sobre este ser.

Este estudo derivou da busca da compreensão dos significados do cuidado ao paciente em morte encefálica para enfermeiros de um hospital universitário, construindo um modelo teórico, sob a perspectiva da complexidade, tendo como questão norteadora: Que significados os enfermeiros atribuem ao cuidado ao paciente em morte encefálica? Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo desvelar a complexidade do cuidado ao Ser em morte encefálica.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, tendo como referencial metodológico a *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Consiste num modo de compreender fenômenos que são descobertos,

desenvolvidos conceitualmente e estabelecidos por um processo de coleta e análise dos dados sistematicamente conduzidos (SOUSA, 2008). Visa compreender a realidade a partir da percepção ou significado que certo contexto ou objeto tem para a pessoa, gerando conhecimentos, aumentando a compreensão e proporcionando um guia significativo para a ação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A coleta de dados foi realizada com enfermeiros de um Hospital Universitário do nordeste brasileiro, no período de dezembro de 2010 a junho de 2011, utilizando-se como técnica de coleta a entrevista aberta, sendo esta norteada pela seguinte pergunta: O que significa para você cuidar do paciente em morte encefálica? No decorrer da entrevista, outras questões foram formuladas para aprofundar a compreensão da experiência em cuidar do paciente em ME.

Para a seleção dos participantes buscou-se locais, pessoas ou fatos que potencializassem oportunidades de descobrir variações entre conceitos e de tornar densas categorias em termos de suas propriedades e de suas dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008). O tamanho da amostra teórica foi determinado pela Saturação Teórica dos dados, conforme preconiza a TFD, sendo atingida com 12 entrevistas. A saturação teórica é alcançada quando não surgir novos dados importantes em relação a uma determinada categoria; quando essa estiver bem desenvolvida nas suas propriedades e dimensões; e quando as relações entre as categorias estiverem bem estabelecidas e validadas (STRAUSS; CORBIN, 2008)

A intenção no início da coleta de dados, indutivamente, era entrevistar apenas os enfermeiros que atuavam em UTI. Porém, no desenvolvimento da pesquisa, a partir da análise dos dados (codificação das entrevistas, memorandos e diagramas) e das hipóteses construídas ao longo desse processo, surgiu a necessidade de se buscar outros participantes constituindo assim outros grupos amostrais para a compreensão do fenômeno.

Logo, os participantes foram organizados em três grupos amostrais. O primeiro grupo amostral foi composto por quatro enfermeiras assistenciais da UTI do hospital universitário que atenderam o critério de inclusão de ter vivenciado a experiência de cuidar de um paciente em ME. Os participantes tinham idades entre 24 a 39 anos, e atuavam no referido setor entre 1 a 7 anos.

O segundo grupo amostral foi composto por quatro enfermeiros que desenvolviam suas atividades no serviço de captação de órgãos e transplante do referido hospital, que se encontravam na faixa etária entre

25 a 49 anos, com tempo de experiência na UTI de 6 meses a 19 anos. As hipóteses resultantes do primeiro grupo amostral apontaram que o cuidado ao paciente em ME é complementado/compartilhado com o serviço de captação de órgãos e transplante. Dessa forma, a questão norteadora para este grupo foi como se dá o processo de complementaridade do cuidado a este paciente? Como estão organizadas as práticas de cuidado ao paciente em morte encefálica?

Os enfermeiros do segundo grupo amostral referiram que com a evolução do conhecimento científico na área de transplante houve modificação no cuidado ao paciente em ME. Desse modo, considerou-se importante buscar a compreensão de como era o cuidado ao paciente em ME antes da consolidação das políticas de transplante. Assim, foram entrevistados quatro enfermeiros que haviam trabalhado na UTI em período anterior à implantação do serviço de transplante no referido hospital tendo como questão da entrevista: Como era o cuidado ao paciente em morte encefálica quando você trabalhava na UTI? Como foi a sua experiência em cuidar deste paciente?

As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente reapresentadas aos participantes do estudo no intuito de permitir que os dados fossem validados por eles, para correções e acréscimos, caso julgassem necessários. A análise dos dados ocorreu de modo simultâneo a coleta, seguindo as etapas propostas pela TFD: codificação aberta, axial e seletiva.

Na codificação aberta, os dados foram analisados linha por linha com o objetivo de identificar cada ideia/incidente/evento. A partir disso, foi dado um nome, formando os códigos preliminares. Em seguida, estes foram reunidos, por similaridades e diferenças, dando oportunidade de elaborar os códigos conceituais ou conceitos. Na codificação axial os dados foram reagrupados, visando relacionar categorias às suas subcategorias, no sentido de obter uma explicação mais clara e completa sobre o fenômeno, assim como as suas propriedades e dimensões. Na fase da codificação seletiva as categorias e subcategorias encontradas anteriormente, foram comparadas e analisadas continuamente com o objetivo de integrar e de refinar a teoria, fazendo emergir dessa forma a categoria central. E a partir desta foi desenvolvida a explicação teórica (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para classificar e organizar as associações emergentes entre as categorias foi utilizado um esquema organizacional, denominado paradigma ou modelo paradigmático. Trata-se de uma estrutura analítica que ajuda a reunir e a ordenar os dados sistematicamente, de forma que estrutura e processo sejam integrados. Esse modelo estabelece uma

relação entre as categorias a partir dos seguintes componentes: fenômeno, contexto, condições causais e intervenientes, estratégias e as consequências (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A validação do Modelo Teórico foi efetivada com uma enfermeira especialista em Terapia Intensiva e com uma pesquisadora expertise em Teoria Fundamentada nos Dados.

Este estudo seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), recebendo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sob o protocolo 3936/2010. A obtenção da anuência dos participantes se deu através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservar o anonimato dos participantes, os nomes deles foram substituídos por um código, ou seja, pela letra “E” seguida do número de ordem da entrevista (E1, E2, E3...E12).

RESULTADOS

A codificação e a análise simultânea dos dados dos enfermeiros possibilitaram a identificação da categoria central “Desvelando relações e interações múltiplas do ser enfermeiro na complexidade do cuidado ao ser em morte encefálica”. Este fenômeno foi estruturado pelas seguintes categorias: Cuidando em Unidade de Terapia Intensiva (contexto); Tendo que organizar as práticas de cuidado em UTI ao ser em ME (condição causal); Considerando as interveniências facilitadoras e dificultadoras do cuidado ao ser em ME na perspectiva das relações/interações entre o ser enfermeiro, ser equipe e família (condição interveniente); Incorporando atitudes para cuidar da complexidade do ser em ME (Estratégia) e Emergindo a complexidade do cuidado ao ser em ME (Consequência). A seguir será abordada a consequência do modelo paradigmático que evidencia que o cuidar do Ser em ME permite emergir reações e sentimentos variados no enfermeiro, revelando a complexidade do cuidado a este paciente que, exige um trabalho em equipe e complementar. Essa categoria apresenta como subcategorias: Emergindo os sentimentos e reações do ser enfermeiro no processo de cuidado ao ser em ME, Apontando a complexidade do cuidado ao ser em ME e Avançando nas práticas de cuidado ao ser em ME.

Emergindo os sentimentos e reações do ser enfermeiro no processo de cuidado ao ser em ME

Durante o processo de cuidado ao ser em ME emergem reações e sentimentos ambivalentes e diversos nos enfermeiros, mesmos naqueles que têm anos de experiência em UTI, o que pode ser evidenciado nas falas:

“Eu me sinto numa transição de emoções. Eu me sinto triste por saber que de qualquer maneira, o paciente em ME não vai ter retorno [...] A tristeza existe por mais que a gente trabalhe por anos a fio [...] Quando ele é para ser doador e não dar certo, realmente a frustração acontece. E quando ele não é doador de qualquer maneira nos sentimos gratificada porque estamos ali cuidando dele” (E1).

“A tristeza em cuidar do paciente em ME é saber que estava perdendo-o” (E11).

Outros sentimentos que emergem são a decepção e a frustração, principalmente se o ser em ME é potencial doador e evolui a óbito, interrompendo o processo de doação de órgãos ou quando não tem recursos para prover o cuidado:

“O processo do cuidado ao paciente potencial doador em morte encefálica que evolui a óbito é frustrante porque até então ele está sob os nossos cuidados. E queremos que tudo dê certo [...] Mas, quando o processo de doação não acontece ou foi interrompido ali mesmo na UTI é decepcionante (E1)”.

“Agora, quando eu não tenho as coisas para cuidar do paciente em ME ao meu alcance eu fico muito frustrada” (E7).

Além de sentimentos de tristeza, frustração, gratidão, surge também apreensão, indignação e angústia nos enfermeiros por admitirem a existência de “jogo de interesse” durante o processo de cuidado do ser em ME, como pode ser evidenciado na fala:

“Então, eu acho que acaba que o paciente em ME fica muito vulnerável a todas essas situações. Isso é angustiante para mim [...] Isso é mais uma coisa que me deixa indignada. Porque quando aquela pessoa não tem mais nada para te oferecer, ela é cuidada, mas não é cuidada como se ela pudesse ainda te oferecer alguma coisa. Isso é outra coisa que me deixa angustiada. Eu encaro isso como um jogo de interesse. Porque aquela pessoa tem alguma coisa para te oferecer, então eu vou cuidar bem dela, eu vou prestar todos os cuidados possíveis até que possa se chegar a fazer o transplante” (E2).

Outro sentimento que emerge nos enfermeiros ao cuidar do ser em ME é a dúvida e confusão em saber se o paciente em ME está realmente morto:

“Apesar do paciente está em ME, ainda há uma “vida” ali. Ainda tem condução cardíaca, tem aquele pulso final que ainda está ali. Então, “ainda é uma vida que está ali”. Mesmo que seja pela ventilação mecânica, pela medicação que está entrando [...] Porque você tem que cuidar da vida, você foi instruído para cuidar da vida, mas ali fica aquela dúvida: é morte? Não é?” (E3).

As reações mais frequentes apresentadas pelos enfermeiros foram estresse, sofrimento, choro e sufoco por ter suas emoções reprimidas na UTI, como demonstradas nas falas seguintes:

“não temos condições de exprimir ou ter aquele tempo para se emocionar, digo, chorar, lamentar e tudo [...] Não choro, mas talvez eu chore saindo de lá do ambiente de trabalho, pensando nas coisas que vemos. Lá realmente não dá para chorar porque é tanta coisa para ser feita e nós acabamos nos detendo naquelas atividades” (E1).

“E aí tem o estresse do processo de cuidado porque na ME tudo é muito rápido” (E2).

Apontando a complexidade do cuidado ao ser em ME

Na percepção dos enfermeiros, a complexidade do cuidado está atrelada a mudança na concepção do Ser em ME que não demandava muitos cuidados, mas, atualmente exige cuidados de paciente grave, principalmente se for potencial doador de órgãos.

“Porque passou de um paciente que não dava muito trabalho para um paciente que está dando muito trabalho [...] É um paciente que requer muitos cuidados. Houve uma mudança na concepção do paciente em ME” (E5).

Aliada a mudança de concepção do ser em ME, o cuidar deste paciente é permeado pelas dimensões técnico-científica e humana. A dimensão técnico-científica é constituída, na visão dos enfermeiros, pelas habilidades, protocolos e tecnologias empregadas nesse cuidado. O

objetivo desta dimensão é cuidar do ser em ME com todo suporte tecnológico e científico visando manter a estabilidade hemodinâmica. Na dimensão humana, o enfermeiro busca valorizar, acolher e apoiar a família do ser em ME com a finalidade de cuidar com dignidade e respeito dos participantes deste processo de cuidado. Os enfermeiros referem que estas dimensões são complementares, como pode ser observado nas falas a seguir:

“A dimensão técnico – científica são as habilidades. É lidar com o paciente em ME como se fosse um paciente grave. O paciente em ME é um paciente grave como qualquer outro aqui da UTI. Ele tem as suas peculiaridades, mas ele é um paciente grave e precisa ser cuidado com o mesmo esmero, mesma dignidade, com o mesmo saber, com a mesma habilidade que a gente teria cuidando de outro. [...] Na dimensão humana vamos procurar acolher mais essa família. [...] cuidar do paciente em ME com respeito. Tratá-lo como ser humano, como ser doente que precisa do nosso cuidado. Eu acredito que as dimensões técnico-científica e humana se completam no processo de cuidar do paciente em ME” (E4).

O cuidado ao ser em ME exige um trabalho em equipe, complementar entre a equipe da UTI e a equipe do serviço de captação de órgãos e transplante e entre os integrantes da equipe da UTI. Na percepção dos enfermeiros do serviço de captação de órgãos e transplante a complementaridade do cuidado é vista como “somar com a equipe da UTI”, “fazer com a equipe da UTI”, “providenciar os cuidados ao paciente em ME”, “é um processo” que exige a interdependência profissional, cooperação, integração da equipe multiprofissional e boa comunicação.

“o nosso complementar é justamente esse somar, chegar junto, fazer [...] Sempre você

tem que chegar fazendo juntamente com a equipe e nunca chegar mandando. Tem que ajudar, fazer”. (E5) “Lembrando sempre que é importante manter uma boa comunicação com os profissionais. Essa é uma ferramenta considerada indispensável” (E8).

Avançando nas práticas de cuidado ao ser em ME

Na realidade estudada os pacientes em ME potencial doadores são transferidos ao Hospital Universitário e deste modo os enfermeiros da UTI vão modificando e aperfeiçoando a prática profissional. Com a experiência de cuidar do ser em ME o enfermeiro adquire crescimento profissional e compreende que este paciente também precisa de cuidados. Dessa forma, existe mudança na postura do profissional diante deste paciente, ou seja, assumem mais o compromisso de cuidá-lo, como pode ser evidenciado nas falas a seguir:

“Hoje em dia, os profissionais assumem um compromisso maior com esse doador, pelo menos é o que eu vejo aqui dentro desse hospital, principalmente a enfermagem. Acredito que seja por conta da prática, porque a maioria dos pacientes em ME vem para este hospital” (E6).

“Então, o que mudou para mim, como enfermeira hoje, é mais na questão de saber como lidar com a situação de ME, ter o entendimento de que aquela pessoa [ser em ME] precisa do meu cuidado também” (E2).

Além da mudança na postura do profissional, existe modificação na concepção do cuidado ao ser em ME. Este paciente era deixado de lado da assistência, e o profissional esperava apenas ele ter parada cardíaca, como descrito na fala:

“Ao longo do tempo a gente associou que o paciente em ME era aquele paciente que ficava de lado da assistência, esperando ele parar. Hoje, [...] o paciente em ME tem que ser tratado igual aos outros pacientes graves. De grave para gravíssimo. Porque a cada hora que passa, o paciente em ME fica mais grave, vai complicando [...] Houve uma mudança na concepção do paciente em ME” (E5).

O enfermeiro admite que houve modificação tanto na concepção do Ser em ME quanto no cuidado deste, porém reconhece e deseja a evolução das práticas a este paciente.

“Quero muito que as nossas práticas com o paciente em ME mudem, cresçam, melhorem e sejam mais efetivas” (E7).

DISCUSSÃO

O processo de cuidado ao ser em ME potencial doador ocorre na UTI, sendo acompanhado de desordem e incertezas, fazendo com que o ser enfermeiro vivencie sentimentos diversos e ambivalentes gerando dúvidas e angústia. Estudo realizado com o objetivo de compreender a vivência da equipe de enfermagem em relação aos cuidados de manutenção de potenciais doadores constatou que as reações e sentimentos da equipe diante da morte encefálica foram insegurança, incapacidade, constrangimento, impotência, sofrimento e dor (LEMES; BASTOS, 2007).

Em outro estudo a ME despertou sentimentos de tristeza, angústia, medo e frustração em enfermeiros que trabalhavam em captação de órgãos para transplante. A frustração foi desencadeada nestes profissionais devido estabelecerem vínculo com o ser em ME potencial doador e também por identificarem-se com este paciente pela sua condição humana. Destaca-se ainda que o enfermeiro cuida do paciente em ME, ser morto, na perspectiva de gerar vida por meio da

doação (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2009). No entanto, quando este paciente tem uma parada cardíaca, o enfermeiro sente-se frustrado, pois seu objetivo não foi alcançado.

Ao falar da morte, Morin (1997), refere que ela provoca angústia, horror e dor, descrevendo da seguinte maneira: “A dor provocada por uma morte só existe se a individualidade do morto estiver presente e reconhecida: quanto mais o morto for próximo, íntimo, familiar, amado ou respeitado, isto é, ‘único’, mais violenta é a dor; nenhuma ou quase nenhuma perturbação ocorre se morre um ser anônimo” (MORIN, 1997, p.32). Acrescenta-se as palavras de Morin que a perda do ser em ME é sentida com mais intensidade quando são estabelecidos vínculos cuidativos e afetivos entre o paciente em ME e o enfermeiro.

Os enfermeiros destacaram a existência do “jogo de interesse” de alguns profissionais ao cuidar do paciente em ME potencial doador. O empenho e a dedicação em manter as boas condições deste paciente estão centrados na possibilidade de beneficiar, através de transplantes de diversos órgãos e tecidos, mais de dez pacientes (ARAÚJO; CINTRA; BACHEGA, 2005). Existe interesse em cuidar do potencial doador devido aos órgãos que ele pode oferecer, porém não existe o mesmo empenho e dedicação ao cuidar do ser não doador.

A dúvida, a confusão e a incerteza são sentimentos constituintes do processo de cuidado do ser em ME. Em estudo desenvolvido com enfermeiros de três hospitais suecos foi identificado que a dúvida dos profissionais consistia em saber se a pessoa que estava em ME encontrava-se realmente morta, pois desconfiavam dos testes para diagnosticar a ME, devido ao pouco conhecimento de como eram realizados (FLODEN; FORSBERG, 2009). O conceito de morte encefálica encontra resistência e gera sentimentos de dúvidas e incertezas, não somente na população, mas também entre os profissionais de saúde que cuidam do potencial doador (MORAES; MASSAROLO, 2009). Estes sentimentos tornam-se presente devido o Ser em ME apresentar em si, simultaneamente, elementos próprios de quem está vivo e que também sustentam a sua morte (VARGAS; RAMOS, 2006). Outro fator que contribui para isso é que o profissional de saúde não está sendo preparado durante a formação para lidar com o paciente em ME potencial doador (WHITE, 2003).

O ser enfermeiro para conviver e cuidar do ser em ME necessita compreendê-lo como um ser singular e diferente, ampliando o campo de visão em relação a este ser, enxergando-o como um paciente grave e dando sentido às interações de cuidado.

A complexidade do cuidado ao ser em ME permite ao enfermeiro experienciar a singularidade e a adversidade, a compreensão e a incompreensão, o real e o utópico, a vida e a morte. É necessário, portanto, tecer um cuidado baseado em diferentes saberes, a fim de valorizar e potencializar o conhecimento interdisciplinar, caminhando na direção de uma vivência/assistência complexa, plena e flexível e, conseqüentemente, de um paradigma de humanização, no qual o paciente em ME é apreendido não pela sua possibilidade de doação, mas pela singularidade que o torna um SER especial e único no universo (ERDMANN et al., 2005).

Esta complexidade do cuidado ao ser em ME é permeada por duas dimensões: a técnico-científica e a humana. Em estudo desenvolvido em UTI foi possível identificar as dimensões dos cuidados intensivos, dentre os quais foram encontrados o cuidado como prática assistencial e o cuidado como relação dialógica. A primeira incluía a execução de procedimentos técnicos e apoio ao cliente na sua integralidade como ser complexo, bem como envolvia o compromisso e a responsabilidade na relação de cuidado, aproximando-se com a dimensão técnico-científica. O cuidado como relação dialógica foi evidenciado a partir da intenção do cuidador em ser autêntico, estar presente e ser capaz de experienciar um mundo subjetivo de cuidado com o outro, valorizando não somente os aspectos técnico-científicos, mas o ser humano, mesmo que este esteja morto (NASCIMENTO; ERDMANN, 2009).

Os participantes do estudo referiram que houve avanço nas práticas de cuidado ao ser em ME. Isto se relaciona com a evolução do conhecimento científico na área de transplante e a criação e implantação de uma legislação própria para a doação de órgãos e transplantes o que proporcionou modificação na concepção tanto do paciente em ME quanto do cuidado a este, passando a ser mais valorizado em sua multidimensionalidade (GARCIA, 2006).

CONCLUSÃO

A categoria “Emergindo a complexidade do cuidado ao ser em ME” se configura como a consequência do modelo paradigmático intitulado “Desvelando relações e interações múltiplas do ser enfermeiro na complexidade do cuidado ao ser em morte encefálica”. É composta pelas subcategorias: Emergindo os sentimentos e reações do ser enfermeiro no processo de cuidado ao ser em ME, Apontando a

complexidade do cuidado ao ser em ME e Avançando nas práticas de cuidado ao ser em ME.

O desvelar da complexidade do cuidado ao ser em ME implica em promover uma mudança de paradigma na forma como este ser é visto e cuidado. Significa superar indo muito além do paradigma reducionista que permite enxergá-lo como um morto. Significa incorporar um novo modo de cuidar, uma nova consciência, que transpõe o reducionismo de que este paciente não precisa de cuidados.

O pensamento complexo propõe um olhar multidimensional para o ser em ME, permitindo o enfermeiro refletir e desconstruir as barreiras do cuidar tradicional e hegemônico. Pressupõe atribuir um novo significado às práticas de cuidado que compreende em visualizar a complexidade das relações cuidativas com o ser em ME possibilitando emergir a importância do cuidado a este paciente, compreendendo a sua singularidade e dialogicidade.

Apontam-se necessidades de revisão no currículo dos cursos de graduação em Enfermagem com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o conceito e o protocolo diagnóstico de ME, otimizando o processo de doação de órgãos, no intuito de minimizar sentimentos de incertezas e dúvidas ao cuidar do ser em ME, preparando os profissionais de saúde para atuação eficaz no campo da doação de órgãos e tecidos..

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S.; CINTRA, E.A.; BACHEGA, E.B. Manutenção do potencial doador de órgãos. In: CINTRA, E.A.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W.A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 443-56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. Aspectos éticos envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.480, de 08 de agosto de 1997. Estabelece os critérios para caracterização de morte encefálica [Internet]. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 21 ago. 1997. Seção 1, p.18.227-8 Disponível em: http://www.hc.unicamp.br/servicos/cco/formularios/07_form.pdf.

Acesso em: 01 dez. 2010

ERDMANN, A.L. et al. Compreendendo el sistema de cuidados desde la mirada de la complejidad. **Revista Panamericana de Enfermagem**, v.3, n.2, p.108-13. 2005.

FLODÉN, A.; FORSBERG, A. A phenomenografic study of ICU-nurses's perceptions of and attitudes to organ donation and care of potencial donors. **Intensive and Critical Care Nursing**, v.25, n.6, p.306-313, dez. 2009.

GARCIA, V. D. A política de transplantes no Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.50, n.4, p.313-320, out./dez. 2006.

LEMES M.M.D. D, BASTOS M.A.R. Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem. **Revista Latino-americana Enfermagem on line**, São Paulo, v. 17, n.6, set./out. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a15.pdf Acesso em: 10 jun. 2009

LIMA, A.A.F.; SILVA, M.J.P.; PEREIRA, L.L. Sofrimento e contradição: o significado da morte e do morrer para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante. **Enfermería global**, Murcia, n. 15, feb. 2009. Disponível em:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412009000100002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2011

MORAES, E.L.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. **Acta paulista. enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, 2009 .
Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01032100209000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2011.

MORATO, E.G. **Morte encefálica**: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. *Revista Médica de Minas Gerais*, v.19, n.3, p. 227-236. 2009.

MORIN, E. (1921). **O homem e a morte**. Trad.de Cleone Augusto Rodrigues. Rio de Janeiro: Imago, 1997. 356p.

_____. **A cabeça bem-feita:** repensar a reforma, reformar o pensamento. 15ª Edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008b.

NASCIMENTO, E.R.P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Teoria humanística de Paterson e Zderad. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.2, p.250-7, mar./abr. 2004.

NASCIMENTO, K.C.; ERDMANN, A.L. Understanding the dimensions of intensive care: transpersonal caring and complexity theories. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, abr. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692009000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 ago. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S010411692009000200011>.

SOUSA, F.G.M. **Tecendo a teia do cuidado à criança na atenção básica de saúde:** dos seus contornos ao encontro com a integralidade. 2008. 333f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

STRAUSS, A; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa:** técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

VARGAS, M.A.; RAMOS, F.R.S. A morte cerebral como presente para a vida: explorando práticas culturais contemporâneas. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.1, p.137-145, jan./mar. 2006.

WHITE, G. Intensive care nurses' perceptions of brain death. **Australian Critical Care**, Australia, v.16, n.1, p. 7- 14, feb. 2003.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão do significado da experiência de cuidar do paciente em ME para enfermeiros de um hospital universitário do nordeste brasileiro possibilitou revelar o fenômeno **Desvelando relações e interações múltiplas do ser enfermeiro na complexidade do cuidado ao ser em morte encefálica** definido pela inter-relação de cinco categorias e respectivo Modelo Teórico construído a partir das mesmas: Cuidando em Unidade de Terapia Intensiva (Contexto); Tendo que organizar as práticas de cuidado em UTI ao ser em ME (Condição causal); Considerando as interveniências facilitadoras e dificultadoras do cuidado ao ser em ME na perspectiva das relações/interações entre o ser enfermeiro, ser equipe e família (Condição Interveniente); Incorporando atitudes para cuidar da complexidade do ser em ME (Estratégia); e Emergindo a complexidade do cuidado ao ser em ME (Consequência). O desenvolvimento desta pesquisa, amparada no pensamento complexo e na Teoria Fundamentada nos Dados, permitiu a aproximação da pesquisadora com a realidade estudada, oportunizando a emergência do novo modo de cuidar e enxergar o paciente em ME.

Cuidar do paciente em ME para o enfermeiro é estabelecer múltiplas relações e interações no ambiente de terapia intensiva, seja com o ser em ME (potencial doador ou não doador), com o ser equipe (da UTI e o serviço de transplantes) e com a família. É tecido por um emaranhado de concepções que é permeado por dúvidas, incertezas e questionamentos sobre o diagnóstico da ME. Isso porque este paciente está clinicamente morto, mas traz dentro de si a morte e a vida, configurando-se como um ser dialógico e complexo. Assistir o ser em ME exige que o enfermeiro assuma diferentes modos de cuidado e direcione-se para o cuidado complexo.

Com a realização deste estudo evidencia-se que cuidar do paciente em ME é delicado, difícil e que exige atenção de modo integral dos enfermeiros. O cuidado ao paciente nesta condição é complexo.

A complexidade do cuidado ao ser em ME implica em promover mudança de paradigma na forma como este ser é visto e cuidado. É desconstruir as barreiras do cuidar tradicional e hegemônico. Significa incorporar uma nova consciência, que transpõe o pensamento reducionista de que este paciente não precisa de cuidados. Exige enxergá-lo para além de um ser morto, mas como um ser gerador de vida capaz de proporcionar esperança a outros, por meio da doação de órgãos. Pressupõe atribuir um novo significado às práticas de cuidado,

visualizando a complexidade das relações cuidativas com o ser em ME, possibilitando emergir a importância do cuidado a este paciente, compreendendo a sua singularidade e reconhecendo as múltiplas complexidades do cuidado a este paciente. Estes são os desafios, que se impõem para potencializar melhorias na atuação do enfermeiro, neste contexto.

Para o enfermeiro superar o paradigma reducionista, faz-se necessária uma revisão nos currículos dos cursos universitários da saúde - no contexto desta pesquisa o curso de enfermagem - com o objetivo de estimular formalmente espaços para a discussão sobre a morte encefálica, diminuindo sentimentos de incertezas e dúvidas ao cuidar do ser em ME e preparando os profissionais de saúde para atuação eficaz no campo da doação de órgãos e tecidos.

Este estudo apresenta as limitações de uma pesquisa qualitativa, a qual não visa generalizações, porém seus achados podem ser aplicados em realidades com características semelhantes.

Acredita-se que a construção do modelo teórico a partir das experiências de enfermeiros, fomenta discussões a respeito da influência desses resultados nas relações cuidativas do paciente em ME, proporcionando a elaboração de um referencial teórico que norteie as práticas de ensino, pesquisa e assistência a este paciente, permitindo também o avanço em termos de conhecimento teórico para a enfermagem e saúde e melhores práticas ao paciente em ME e ao processo de doação de órgãos.

Espera-se que com a construção do conhecimento desenvolvido nesta pesquisa, os profissionais de saúde, mais especificamente os enfermeiros, reflitam sobre suas relações e interações múltiplas ao cuidar do paciente em ME.

REFERÊNCIAS

ALBURQUEQUE, N.M.G. **Vivência do enfermeiro no cuidado humano na Unidade de Terapia Intensiva Adulto**. 2007. 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2007.

ALENCAR, S.C.S.; LACERDA, M.R.; CENTA, M.L. Finitude humana e Enfermagem: reflexões sobre o (des)cuidado integral e humanizado ao paciente e seus familiares durante o processo de morrer. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.7, n.2, p.171-180, maio/ago. 2005

ALVES-MAZZOTTI A. J.; GEWANDSZNAJDER F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

AMORIM, V.C.D.; AVELAR, T.A.B.A.; BRANDÃO, G.M.O.N. The optimization of the nursing care to the patient with death Encephalic: potential donor of multiples organs. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v.4, n.1, p.218-26, jan./mar. 2010

ARAÚJO S, CINTRA E.A, BACHEGA E.B. Manutenção do potencial doador de órgãos. In: Cintra E.A, Nishide, V.M, Nunes, W.A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 443-56.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. Diretrizes Básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. São Paulo: ABTO, 2009

_____. Registro Brasileiro de Transplantes: Veículo oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. São Paulo, ano XVI, n.4, jan./dez. 2010

_____. Registro Brasileiro de Transplantes: Veículo oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. São Paulo, ano XVII, n.2, jan./jun. 2011

BELLATO, R. et al . A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. **Acta paulista enfermagem**. São Paulo, v. 20, n.3, Sept. 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002007000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Aug. 2011.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. Aspectos éticos envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº9.434 de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. **Diário Oficial da União**, Brasília, 04 de ago.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde, vol. 4, Brasília, 2006.

BRASIL. Portaria n. 1752/GM, de 23 de setembro de 2005. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de_saude/transplantes-implantes/Portaria_1752.pdf Acesso em: 23 ago.2011

BRASIL. Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Ministério da Saúde ed: Portaria GM no 1.262 de 16 de junho de 2006; 2006.

CAVALHEIRO, A.M.; MOURA JUNIOR, D.F.; LOPES, A.C. Stress in nurses working in intensive care units. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.1, feb. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de ago. 2011.

CELICH, K.L.S. **Dimensões do processo de cuidar na enfermagem: um olhar da enfermeira..** 2003. 179f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

CHARMAZ, K. A **construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.480, de 08 de agosto de 1997. Estabelece os critérios para caracterização de morte encefálica [Internet]. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 21 ago. 1997. Seção 1, p.18.227-8 Disponível em: http://www.hc.unicamp.br/servicos/cco/formularios/07_form.pdf. Acesso em: 01 dez. 2010

CORONETTI, A. et al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos Catarinenses de Medicina.** Florianópolis, v. 35, n. 4, p.36-43. 2006

CORREA NETO, Ylmar. Morte encefálica: cinquenta anos além do coma profundo. **Revista Brasileira Saude Materno Infantil**, Recife, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15193829201000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2011.

CRESWELL, J.W. **Qualitative inquiry and reserch design: choosing among traditions.** California: Sage, 1998.

DANTAS, C.C et al., Teoria fundamentada nos dados – aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino Americana Enfermagem on line**, v. 17, n. 4, jul./ago. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_15.pdf. Acesso em: 15 set. 2010

D'IMPERIO, F. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19 n. 1, p.74-84, jan./ mar. 2007

DOMINGOS, G.R.; BOER, L.A.; POSSAMI, F.P. Doação e captação de órgãos de pacientes com morte encefálica. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 9, n.4, p. 206-12, jul./ago. 2010.

ERDMANN, A.L. et al. Comprendiendo el sistema de cuidados desde la mirada de la complejidad. **Revista Panamericana de Enfermagem**, v.3, n.2, p.108-13. 2005.

ERDMANN, A.L et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 483-91, jul./set. 2006.

_____. Prioridade de Pesquisa em Gestão. In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Gestão em Enfermagem: Ferramentas para Prática Segura**. Maria de J. C. S. Harada, organizadora. São Caetano do Sul. SP: Yendes Editora. 2011. p. 463-72

_____. O Sistema de Cuidados de Enfermagem: sua organização nas instituições de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v. 7, n. 2, p. 52-69, mai./ago. 1998.

_____. BACKES, D.S., MINUZZI, H. Care management in nursing under the complexity view. **Online brasilian journal of nursing**, v. 7, n. 1. 2008. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1033/313>. Acesso em: 18 jun 2010.

_____. **Sistema de Cuidados de Enfermagem**. Pelotas: UFPel, 1996.

FALCÓN, G.C.S. **Promovendo a saúde: desvelando ordem, desordem e auto-organização de um novo modelo de ensinar/aprender para cuidar em saúde**. 2007. 286f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

FLODÉN, A., FORSBERG, A. A phenomenographic study of ICU-nurses` perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors. **Intensive and Critical Care Nursing**, v.25, n.6, p.306-313, dez. 2009.

FLODÉN, A.; BERG, M; FORSBERG, A. ICU nurses` perceptions of responsibilities and organisation in relation to organ donation - A phenomenographic study. **Intensive and Critical Care Nursing**, Netherlands, 2011. No prelo.

GARCIA, V. D. A política de transplantes no Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.50, n.4, p.313-320, out./dez. 2006.

GLEZER, M. Morte encefálica. **Revista Einstein**. São Paulo, v.2, n.1, p. 52-54, 2004.

GUETTI, N.R.; MARQUES, I.R. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.61, n.1, p. 91-7, jan./fev. 2008.

GUIDO et al., Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. **Revista Latino-americana Enfermagem on line**, São Paulo, v. 17, n.6, nov./dez. 2009 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_15.pdf. Acesso em: 13 jun.2010

KLOCK, P. **Cuidando do recém-nascido em UTIN**: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. 2009. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

KOERICH, M.S. **Formando os futuros profissionais da saúde**: potências, fragilidades, convergências e divergências vivenciadas por estudantes e professores no processo de formação ética. 2009. 178f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LACERDA, M.R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar**: vivência do cuidado da enfermeira. 2000. 222f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LANZONI, G.M.M. **Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do agente comunitário de saúde**. 2009. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LEMES M.M.D. D, BASTOS M.A.R. Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem. **Revista Latino-americana Enfermagem on line**, São Paulo, v. 17, n.6, set./out. 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a15.pdf Acesso em: 10 jun. 2009.

LIMA, A.A.F.; SILVA, M.J.P.; PEREIRA, L.L.. Sofrimento e contradição: o significado da morte e do morrer para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante. **Enfermería global**, Murcia, n. 15, feb. 2009. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412009000100002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 18 agosto 2011.

MAIA, B.O.; Amorim, J.S. Morte encefálica: conhecimento de acadêmicos de enfermagem e medicina. **Jornal Brasileiro de Transplantes**. v. 12, n.2, p. 1088-1091, abr./jun. 2009

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7ª Edição. 3ª reimpressão. São Paulo: Atlas, 2010.

MATTIA, A.L., et al. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 1, n.4, p. 66-74, 2010.

MELLO, A.L.S.F. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso:** revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos. 2005. 319f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005

MENDONÇA, A.S.; CASTRO, D.C.; BRASILEIRO, M.E. Assistência de enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição** [serial on-line], Goiânia, v.1, n.1, jan./jul. p. 1-15, 2010. Disponível em: <<http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>>. Acesso em: 15 ago. 2011

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. 11ª edição. São Paulo: Hucitec, 2008

MORAES, E.L.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais

doadores. **Acta paulista. enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, 2009 .
Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002009000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2011

MORATO, E.G. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.19, n.3, p. 227-236, 2009.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 11ª Edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008a.

_____. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 15ª Edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008b.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 3ª Edição. Porto alegre: Sulina, 2007.

MORIN, E. (1921). **O homem e a morte**. Trad.de Cleone Augusto Rodrigues. Rio de Janeiro: Imago, 1997. 356p.

NASCIMENTO, K.C. **As dimensões do cuidado em unidade crítica: emergindo o cuidado transpessoal e complexo**. 2005. 185f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

NASCIMENTO, K.C.; ERDMANN, A.L. Cuidado transpessoal de Enfermagem a seres humanos em unidade crítica. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.333-41, jul./set. 2006.

NASCIMENTO, E.R.P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Teoria humanística de Paterson e Zderad. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.2, p.250-7, mar./abr. 2004.

NAVARRO, A; ESCALANTE, J.L; ANDRÉS, A. Donor detection and organ procurement in the Madrid region. **Transplantation Proceedings**, United States, v.25, n.6, p. 3130-31. 1993.

PETRAGLIA, I.C. **Edgar Morin**: A educação e a complexidade do ser e do saber. Petrópolis: Vozes, 2002.

RECH, T.H.; RODRIGUES FILHO, E.M. Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19 n. 2, p. 197-204, abr./jun., 2007.

ROZA, B.A. **Efeitos do Processo de Doação de Órgãos e Tecidos em Familiares**: Intencionalidade de uma Nova Doação. 2005. 146f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 2005.

SESMA, A.M.; OLLO, M.Z. Cuidados de enfermagem em el mantenimiento del donante potencial de órganos em muerte encefálica. **Enfermería Intensiva**, v.12, n.1, p. 10-20, enero, 2001.

SHEMIE, S.D. Parada cerebral, parada cardíaca e incertezas na definição de morte. *Jornal de Pediatria*. (Rio de Janeiro) [periódico na Internet]. v. 83, n.2, p.102-104, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572007000200003&lng=pt. Acesso em: 20 ago. 2011

SILVA, A.L.; CIAMPONE, M.H.T. Um olhar paradigmático sobre a Assistência de Enfermagem: um caminhar para o cuidado complexo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342003000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 ago. 2011.

SÓ FILOSOFIA. Biografia de filósofos. Disponível em:< <http://www.filosofia.com.br/biografias.php#>>. Acesso em: 10 jun 2010

SOUZA M.L et al. Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 6, p. 266-70, abr./jun. 2005.

SOUSA, F.G.M. **Tecendo a teia do cuidado à criança na atenção básica de saúde**: dos seus contornos ao encontro com a integralidade. 2008. 333f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

STRAUSS, A; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TERRA, C.M. et al. Morte encefálica: análise. **Pediatria**, São Paulo, v.16, n.3, p. 102-112, 1994.

TERRA, M.G. et al. O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15 (Esp.), p. 164-9, 2006.

VARGAS, M.A.; RAMOS, F.R.S. A morte cerebral como o presente para a vida: explorando práticas culturais contemporâneas. **Texto contexto em Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n.1, Mar. 2006.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Aug. 2011

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006.

WALL, M. L. **Características da proposta de cuidado de Enfermagem de Carraro a partir da avaliação de teorias de Meleis**. 2008. 142f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2008.

WHITE, G. Intensive care nurses' perceptions of brain death. **Australian Critical Care**, Australia, v.16, n.1, p. 7- 14, feb. 2003.



APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Aline Lima Pestana, venho pelo presente, solicitar sua participação na pesquisa para o desenvolvimento da Dissertação intitulada **CUIDANDO DO PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA: Significados para enfermeiros de UTI**, sob orientação da Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, com o objetivo de identificar os significados do cuidado ao paciente em morte encefálica para enfermeiros de UTI. Para alcançar o objetivo proposto lhe convido a participar do estudo para que possa contribuir com as informações sobre o cuidado ao paciente em morte encefálica internado na UTI, e dessa forma, proporcionar subsídios teóricos para nós, enfermeiros, pensarmos sobre as relações cuidativas estabelecidas no cotidiano do nosso trabalho. Caso aceite, o nosso encontro para a entrevista será marcado por você segundo a sua disponibilidade em local e horário por você determinado. A entrevista será gravada em meio digital. A nossa conversa poderá ser realizada em mais de um encontro. Após a entrevista farei a transcrição da mesma que será entregue a você para que confirme as informações dadas. As informações poderão ser alteradas e completadas se você assim desejar. A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento, para isso basta entrar em contato pelo telefone abaixo. Sua recusa não trará prejuízo pessoal ou profissional. Asseguramos que todas suas informações serão utilizadas somente pelas pesquisadoras nos resultados da investigação divulgadas em publicações científicas e acadêmicas. O seu nome será mantido em sigilo e as suas informações aparecerão no texto de forma anônima e em conjunto com as respostas de outros participantes da investigação. Para possíveis questionamentos sobre este trabalho, o presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma cópia em seu poder, onde consta o endereço e o telefone das pesquisadoras e do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário.

Atenciosamente as pesquisadoras,

Aline Lima Pestana
Rua Santa Luzia, Quadra 26, Casa 18
Quintas do Calhau São Luís-MA
e-mail:
aline_lima_pestana@yahoo.com.br
Telefone: (98) 32336673
Telefone do Comitê de Ética: (98)
219 1223

Alacoque Lorenzini Erdmann
e-mail:
alacoque@newsite.com.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo com a minha inclusão (_____) na pesquisa.

São Luís, ____ de _____ de _____

Pesquisador

Participante

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética

	 UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIRETORIA ADJUNTA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
PARECER CONSUBSTANCIADO INICIAL	N.º do Parecer: 321/10 Registro do CEP: 188/10	
Mestrado em Enfermagem	N.º do Protocolo: 003936/2010 Data de Entrada no CEP: 15/10/2010 Parecer: APROVADO	

I - Identificação:

Título do projeto: Cuidando do paciente em morte encefálica: Significadas para enfermeiros de UTI		
Identificação do Pesquisador Responsável: Alacoque Lorenzini Erdmann		
Identificação da Equipe executora: ALINE LIMA PESTANA		
Instituição onde será realizado: HU- Presidente Dutra		
Área temática: III	Multicêntrico:	Data de recebimento: 05.10.10
Cooperação estrangeira		Data de devolução: 15.10.10

II - Objetivos:

Compreender os significados do cuidado ao paciente em morte encefálica para enfermeiros que atuam em uma UTI de um hospital universitário da região Nordeste

III - Sumário do projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. A investigação será realizada na Unidade de Terapia Intensiva Geral de um hospital universitário da região nordeste, uma unidade de pós-operatório, que também atende pacientes que evoluem desfavoravelmente nas clínicas de internação. Participarão como sujeitos da investigação enfermeiros que desempenham suas atividades na Unidade de Terapia Intensiva do referido hospital universitário. Como critério de inclusão para compor o grupo amostral o enfermeiro deve atuar na UTI há pelo menos 6 (seis) meses e ter cuidado de um paciente em morte em encefálica. Os dados serão coletados utilizando os recursos da entrevista não estruturada a partir da pergunta norteadora, nos meses de dezembro de 2010 a março de 2011 As entrevistas serão gravadas e transcritas logo após terem sido realizadas. A responsabilidade financeira é de responsabilidade dos pesquisadores.

IV - Comentários do relator frente à resolução 196/96 e complementares:

O protocolo de pesquisa possui a seguinte estrutura: Folha de Rosto, Folhas de identificação, Sumário, Introdução, Fundamentação Teórica, Objetivos, Justificativas,

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
 Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís - Maranhão
 Tel: (98) 2109-1250 E-mail: cep@huufma.br

Metodologia, Orçamento, Cronograma, Referência Bibliográficas, Currículo Lattes. Portanto, em conformidade com o estabelecido na Res. 196/96 CNS/MS.

V - Parecer Consubstanciado do CEP

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde / MS.

Solicita-se ao (à) pesquisador (a) o envio a este CEP, relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

São Luís, 23 de novembro de 2010


Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza
// Coordenador do CEP-HUUFMA
Ethica homini habitat est