

Familiaridade dos profissionais de saúde sobre os critérios de diagnósticos de morte encefálica

Aceito para publicação em setembro de 2010

Juanito Rubenito Florentino da Silva¹

Maiara Honorato de Moura Silva²

Vânia Pinheiro Ramos³

Este trabalho teve por objetivo verificar a familiaridade de intensivistas, médicos e enfermeiros, com relação ao diagnóstico de morte encefálica, em quatro hospitais de Recife no período de março de 2008 a outubro de 2009, através de entrevista semiestruturada. Os principais resultados encontrados incluem um alto grau de desconhecimento dos intensivistas sobre a avaliação e constatação de morte encefálica, conforme determina a resolução do CFM que regulamenta os critérios de morte encefálica e o fornecimento do Termo de Declaração de Morte Encefálica. O diagnóstico de morte encefálica precisa ser entendido e conhecido por médicos e enfermeiros intensivistas.

Descritores: Critérios Diagnósticos de Morte Encefálica, Familiaridade, Profissionais de Saúde.

Familiarity of health professionals about the diagnostic criteria for brain death

This study aimed to determine the familiarity of intensivists, physicians and nurses to diagnose brain death in four hospitals in Recife from March 2008 to October 2009, using semistructured interviews. The main findings include a high degree of ignorance of the intensivists on the evaluation and determination of brain death, as determined by CFM resolution regulating the criteria for brain death and the provision of the Terms of Brain Death Certificate. The diagnosis of brain death needs to be understood and known by physicians and nurses.

Descriptors: Diagnostic Criteria for Brain Death, Familiarity, Health Professionals.

La familiaridad de los profesionales de la salud sobre los criterios para el diagnóstico de muerte cerebral

Este estudio tuvo como objetivo determinar la familiaridad de los intensivistas, médicos y enfermeras para el diagnóstico de muerte encefálica en cuatro hospitales de Recife desde marzo 2008 a octubre 2009, con entrevistas semiestructuradas. Los principales resultados incluyen un alto grado de ignorancia de los intensivistas en la evaluación y determinación de muerte encefálica, según lo determinado por la resolución CFM que reglamenta los criterios de muerte cerebral y la prestación de los Términos de declaración de muerte encefálica. El diagnóstico de muerte encefálica debe ser entendido y conocido por los médicos y enfermeras.

Descriptores: Criterios para el Diagnóstico de Muerte Encefálica, Familiaridad, Profesionales de la Salud.

INTRODUÇÃO

Discutir sobre a morte encefálica (ME) tem sido o alvo de muitos estudos atualmente, devido a três motivos principais: prolongamento da vida de pacientes em Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) através de recursos de alta tecnologia (distanásia); ocupação de leitos de UTI por pacientes sem prognóstico de melhora; aproveitamento de órgãos para transplante, em virtude de lei que considera todos como doadores potenciais, consentidos pela família.

A maioria das pessoas entende a ausência de movimentos respiratórios ou batimentos cardíacos como a iminência de morte. Porém, com o avanço da fisiologia, observa-se que o que nos faz vivos é o funcionamento do encéfalo, que comanda todas as células de nosso corpo. Dessa maneira, a

cessação irreversível dessa atividade encefálica determina a morte humana⁽¹⁾.

A ME é definida como parada completa e irreversível das funções encefálicas, impossibilitando a manutenção da vida sem o auxílio de meios artificiais⁽²⁾.

A primeira definição de morte encefálica foi divulgada por volta de 1968 por uma comissão especialmente criada para essa finalidade na Faculdade de Medicina de Harvard (EUA). A comissão deslocou o conceito de morte da parada cardíaca para morte encefálica⁽³⁾. Já a legislação brasileira decidiu que o diagnóstico de ME deveria ser formulado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Hoje, a lei vigente é a proposta na resolução nº 1480/97⁽⁴⁾, que define os critérios clínicos precisos e os exames complementares necessários

1 Enfermeiro. Atua no Hospital Regional Deputado José Pereira, João Pessoa-PB. Email: juanitiflorentino@msn.com.

2 Enfermeira. Residente em Enfermagem Psiquiátrica do Hospital Ulysses Pernambucano, Recife-PE. Enfermeira Assistencial do Centro de Desinstitucionalização Psiquiátrica da Prefeitura de Camaragibe, Recife-PE.

3 Enfermeira. Doutora em Neuropsiquiatria. Docente do Departamento de Enfermagem da UFPE.



para o diagnóstico de ME.

Leite⁽⁵⁾ e Garcia⁽⁶⁾, em seus estudos, afirmam que o processo de doação, transplante e captação de órgãos não advém da inexistência ou insuficiência de potenciais doadores e sim da dificuldade de torná-los doadores efetivos. Leite⁽⁵⁾ destaca que a participação dos profissionais de saúde diretamente envolvidos nesse processo é imprescindível em todas as suas etapas, tais como: a detecção de possíveis doadores, a comprovação da ME, a comunicação permanente com os familiares para deixá-los cientes da situação e a obtenção da autorização para a retirada de órgãos e tecidos. Esse autor estima que menos da metade dos médicos que cuidam de pacientes críticos sabe identificar um possível doador.

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), pela resolução nº 292, de 7 de junho de 2004, regulamentou a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos⁽⁷⁾.

O enfermeiro, dentro da equipe multiprofissional, vem desempenhando um papel importante na captação de órgãos, atuando principalmente na identificação de doadores, manutenção hemodinâmica, na constatação e comprovação de morte encefálica, na comunicação com os centros de transplantes e com familiares do doador. Vale ressaltar que o diagnóstico de ME não é atribuição do enfermeiro, mas nesse cenário ele deve estar inteirado quanto a sua ocorrência e resultados, visto que, no artigo 20, capítulo III do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, ele tem responsabilidade por falta cometida em sua atividade

profissional, praticada individualmente ou em equipe. Desse modo, o enfermeiro é corresponsável pela ocorrência da ME, devendo documentar sua ocorrência.

OBJETIVOS

Analisar a familiaridade de intensivistas, médicos e enfermeiros sobre o diagnóstico de ME obedecendo aos critérios previstos na resolução 1480/97 do CFM e verificar o grau de segurança autoatribuído sobre a declaração de morte encefálica, a partir dos critérios atuais para a ocorrência.

MÉTODOS

Este estudo é de natureza quantitativa, transversal, do tipo descritivo-exploratório. Foi desenvolvido no Hospital da Restauração (HR), Hospital Agamenon Magalhães (HAM), Hospital das Clínicas (HC/UFPE) e Real Hospital Português (RHP). Esses locais foram selecionados

por constituírem centros transplantadores cadastrados na Central de Transplante do Estado de Pernambuco e, portanto, congregarem profissionais no processo de captação de órgãos e tecidos.

A amostra do estudo foi composta de médicos e enfermeiros que atuam nas UTIs das instituições selecionadas. Um total de 91 intensivistas participou da pesquisa, sendo 53 médicos e 38 enfermeiros. Foram excluídos do estudo os que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Em obediência à resolução nº 196/96 do Conselho Nacional

“Estima-se que
menos da
metade dos médicos
que cuidam de
pacientes críticos
sabe identificar
o doador”

Tabela 1 – Análise descritiva e de comparação do escore de conhecimento acerca do tema ME dos profissionais segundo instituição, tempo de atuação na UTI e atividade desempenhada. Recife, 2008-2009

Variável	n	%	Mínimo acerto (%)	Máximo acerto (%)	Média acerto (%)
Instituição					
HAM	9	9,9	33,3	75,0	61,1
HC/UFPE	16	17,6	50,0	83,3	71,4
HR	44	48,3	50,0	91,7	69,7
HRP	22	24,2	58,3	83,3	68,6
Tempo de atuação UTI*					
Até 5 anos	40	46,5	33,3	91,7	69,8
Acima de 5 anos	46	53,5	50,0	83,3	68,7
Atividade**					
Médico plantonista	38	42,7	50,0	91,7	70,0
Residente	9	10,1	50,0	75,0	66,7
Professor/preceptor	4	4,5	75,0	75,0	75,0
Enfermeiro	38	42,7	33,3	91,7	67,7

* 86 questionários não respondidos; ** 89 questionários não respondidos



de Saúde do Ministério da Saúde⁽⁸⁾, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos, o presente protocolo de pesquisa foi submetido à análise dos Comitês de Ética em Pesquisa em seres humanos das instituições selecionadas, sendo o início da pesquisa aprovado e autorizado. A coleta de dados foi efetuada pelos autores, após autorização dos CEPs, no período de março de 2008 a outubro de 2009.

Elaborou-se um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo 13 questões, composto de duas partes: na primeira, consta a caracterização dos sujeitos; na segunda, busca-se o conhecimento dos sujeitos quanto aos critérios diagnósticos de ME. Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados, elaborado em programa EpiInfo 6.0, com dupla entrada, agrupados em tabelas, com indicação de frequência absoluta e relativa (percentual).

RESULTADOS

Na tabela 1, observa-se que, de nove profissionais do HAM, a média de escore de conhecimento acerca do tema ME foi de 61,1%; de 16 do HC/UFPE, a média foi de 71,4%; de 44

participantes do HR, a média foi de 69,7%; e de 22 intensivistas do HRP, a média de escore de conhecimento foi de 68,6%. Em relação à porcentagem de acertos do questionário pelos profissionais, segundo a variável por instituição, foram encontrados mínimo de 33,3% no HAM e máximo de 91,7%, no HR. Quanto ao tempo de atuação em UTI, foram questionados 40 intensivistas com até cinco anos na área e 46 com mais de cinco anos de atuação, tendo média de escore de conhecimento sobre o tema ME de 69,8% e 68,7%, respectivamente. Cinco questionários não foram respondidos quanto a essa variável.

Foram obtidas informações de 38 médicos plantonistas, nove residentes, quatro professores/preceptores e 38 enfermeiros. Desses, as médias de escore de conhecimento sobre o tema ME foram de 70%, 66,7%, 75% e 67,7%, respectivamente. Em relação à porcentagem de acertos do questionário pelos profissionais, segundo a variável atividade, obteve-se um percentual mínimo de 33,3 para enfermeiros e um máximo de 91,7 igualmente para médicos plantonistas e enfermeiros.

Na tabela 2, verificou-se o conhecimento dos médicos e enfermeiros intensivistas sobre a avaliação e constatação de

Tabela 2 – Distribuição das questões acerca do conhecimento sobre ME segundo médicos e enfermeiros intensivistas. Recife, 2008-2009

Questão	Acertos		Erros	
	n	%	n	%
Q1 – Que funções cerebrais devem estar ausentes para uma pessoa ser declarada com morte encefálica?	65	73,0	24	27,0
Q2 – Há necessidade legal de exames complementares para estabelecer o diagnóstico de morte encefálica?	80	87,9	11	12,1
Q4 – Uma menina de 5 anos é encontrada no fundo de uma piscina. Apresenta inicialmente apneia e ausência de pulso. Ela é ressuscitada exaustivamente. Após uma semana em uma UTI, ela não apresenta reflexos corneanos, de tosse ou de engasgo. Não responde a estímulo doloroso. Não há nistagmo em resposta às provas calóricas. Durante dois minutos de um teste de apneia, apresenta um movimento respiratório inefetivo. O exame não se modifica em dois dias. Baseado nesses achados, qual seria sua conduta?	–	–	91	100,0
Q5 – No paciente adulto, há um primeiro exame clínico compatível com morte encefálica; o segundo exame clínico deve ser feito?	76	83,5	15	16,5
Q6 – Um paciente adulto tem o primeiro exame clínico compatível com morte encefálica às 12 horas do dia de hoje. O segundo exame clínico é feito às 18 horas de hoje e não se altera. O paciente é mantido com suporte de vida até sofrer parada cardíaca às 20 horas do dia seguinte. Qual o horário do óbito que irá no atestado?	58	63,7	33	36,3
Q7 – Se esse paciente for doador de órgãos, qual seria a hora do óbito?	33	36,3	58	63,7
Q8 – Sua instituição possui protocolo para avaliação de ME?	73	80,2	18	19,8
Q9 – Você sente alguma dificuldade no seguimento dos critérios de morte encefálica?	31	34,4	59	65,6
Q10 – Em sua opinião, o diagnóstico de ME com base nos critérios definidos pelo CFM é seguro?	88	98,9	1	1,1
Q11 – Em sua opinião, qual(is) o(s) exame(s) complementar(es) considerado(s) mais seguro(s) para o diagnóstico de ME?	89	97,8	2	2,2
Q12 – Você forneceria um TDME baseado apenas no exame clínico?	69	89,6	8	10,4
Q13 – A estrutura do hospital é adequada para avaliar o diagnóstico de ME?	91	100,0	–	–



Tabela 3 – Grau de segurança autoatribuído em explicar morte encefálica para os familiares de um paciente de acordo com amostra. Recife, 2008-2009

Grau conhecimento Hospital	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HAM	1	12,5	–	–	4	50,0	1	12,5	2	25,0
HC	–	–	–	–	6	37,5	7	43,8	3	18,8
HR	1	2,3	1	2,3	9	20,5	20	45,5	13	29,5
HRP	–	–	2	9,1	8	36,4	7	31,8	5	22,7
Total	2	2,2	3	3,3	27	30,0	35	38,9	23	25,6

morte encefálica, o seguimento do protocolo, a resolução do CFM que regulamenta os critérios de ME, o correto posicionamento do profissional diante de um caso clínico envolvendo questões éticas, o fornecimento do Termo de Declaração de Morte Encefálica (TDME), o protocolo institucional e a estrutura hospitalar adequada para avaliar o diagnóstico de ME.

Chama-se a atenção para a questão 1, na qual 73% (n = 65) dos entrevistados responderam corretamente sobre quais funções cerebrais devem estar ausentes na ME. Na questão 4, nenhum intensivista obteve êxito na resposta sobre o caso clínico exposto. Na questão 7, obteve-se 63,7% (n = 58) de índice de erro dos profissionais em relação à hora do óbito para paciente doador. Ao se perguntar sobre a adequada estrutura do hospital para avaliar o diagnóstico de ME, 100% dos entrevistados afirmam ser adequada.

Quando perguntados sobre como julgam sua segurança para explicar o que é ME para a família de um paciente, 25,6% dos profissionais disseram possuir a mais alta segurança (escore 5) quanto ao assunto, 30% disseram ter conhecimento médio (escore 3) e apenas 2,2% (n = 2) afirmaram ter segurança baixa (escore 1).

DISCUSSÃO

A amostra foi composta de 91 profissionais de UTIs, avaliados acerca do conhecimento sobre o diagnóstico de ME. Em média, possuem 8,2 anos de atuação em UTI. Entre os entrevistados, as funções mais frequentes foram de médico plantonista e enfermeiro, seguidos de residente e professor/preceptor.

Em relação aos dados apresentados na tabela 1, pode-se concluir que os mesmos tinham tempo de formado e, principalmente, de atuação suficiente para diagnosticarem a ME. Os maiores índices de escores de conhecimento estavam entre os profissionais do HR e os que desempenhavam a função de professor/preceptor. Isso pode ser explicado, pois se trata de um hospital de referência para trauma e, portanto, envolve o maior número de pacientes em ME e conta com equipes em constante atualização para desempenhar sua atividade.

As questões da tabela 2 buscavam avaliar o conhecimento acerca do diagnóstico de ME. Na questão 1 do instrumento, em que se pesquisam quais funções cerebrais devem estar ausentes para uma pessoa ser declarada em ME, a resposta

correta é: “Ocorrer na ME a perda de toda a função cortical e de tronco cerebral”. Esse é um consenso mundial. No entanto, observa-se que 24 entrevistados não definiram corretamente essa questão. Esses dados diferem de estudo realizado por Leite⁽⁵⁾, que verificou que menos da metade dos médicos que cuidam de pacientes críticos sabe identificar um possível doador.

Ao testar o conhecimento sobre a necessidade legal de exame complementar para estabelecer

o diagnóstico de ME (questão 2), 87,9% dos entrevistados confirmaram tal necessidade. Esses dados são corroborados pelo artigo 1º da resolução nº 1480/97, do CFM, que preconiza que “a morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo invariáveis, próprios para determinadas faixas etárias” e o parecer-consulta nº 7311/97 do CFM⁽⁹⁾. No Brasil, de acordo com o estabelecido na resolução do CFM, há necessidade legal de realizar exames complementares para o diagnóstico de morte encefálica, diferentemente do que ocorre em diversos países⁽¹⁰⁾.

No entanto, apesar de a maioria dos entrevistados conhecer a legislação, 12,1% dos entrevistados desconhecem tal exigência, considerada pelos autores como inadmissível, já que as instituições selecionadas são centros transplantadores, cadastrado na Central de Transplante do Estado de Pernambuco, e, portanto, seus profissionais deveriam ter conhecimento adequado sobre o processo de captação de órgãos e tecidos.

Ao solicitar uma autoavaliação da amostra demonstrada na tabela 3, constata-se que 25,6% dos profissionais disseram possuir a mais alta segurança (escore 5) quanto ao assunto, 30% disseram ter conhecimento médio (escore 3) e apenas 2,2% afirmaram ter segurança baixa (escore 1) para explicar sobre a ME. Diante do exposto, pode-se observar a contradição de alguns dos entrevistados, que se classificaram no mais alto grau de conhecimento e segurança, pois em algumas perguntas, como as de número 4, 7, 8 e 9, houve posições em que demonstravam desconhecimento sobre o assunto.

A questão 4 expôs um caso clínico que obriga o entrevistado a se posicionar em um cenário de dilema ético, e foi constatado que 66 (72,5%) desses optaram por solicitar exame de fluxo cerebral, quando não há sentido em solicitar esse exame para um paciente que tem um teste de apneia negativo⁽¹⁰⁾. Também não é correto declarar o paciente clinicamente em morte encefálica; no entanto, observou-se que 17,5% dos entrevistados responderam erroneamente o diagnóstico de ME. “Retirar o suporte de vida sem o conhecimento dos pais” demonstra um comportamento inaceitável do ponto de vista ético, pois, para a retirada do suporte de vida de um paciente fora de possibilidades terapêuticas, é obrigatória a concordância dos responsáveis, principalmente no caso apresentado.



A questão “retirar suporte de vida após concordância dos pais”, do ponto de vista legal, o impedimento de desligar os equipamentos que mantêm o paciente estável caso ele não se torne um doador de órgão foi solucionada no fim de 2007 com a resolução 1826/2007 do CFM⁽¹¹⁾ em seu artigo 1º, que afirma: “É legal e ética a suspensão dos procedimentos de suporte terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não-doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes”. Do exposto, percebe-se haver uma incorreção na distinção entre um paciente que está em morte encefálica e outro que tem um dano cerebral grave.

Também não se pode aceitar que todos os entrevistados, em todas as instituições pesquisadas, estivessem em discordância com o artigo 4º da resolução nº 1480/97 do CFM⁽³⁾, que disciplina que “os parâmetros clínicos a serem observados para a constatação de ME são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinhal e apneia”.

Quanto ao intervalo de tempo entre a primeira e a segunda avaliação neurológica em um paciente adulto com possível diagnóstico de ME, identificou-se que a maioria dos pesquisadores têm conhecimento da resolução nº 1480/97 do CFM⁽³⁾, que disciplina o assunto, ao determinar em seu artigo 5º: “Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas para caracterização da ME serão definidos por faixa etária a seguir especificada: 1) de 7 dias a 2 meses incompletos – 48 horas; 2) de 2 meses a 1 ano incompleto – 24 horas; 3) de 1 ano a 2 anos incompletos – 12 horas; 4) acima de 2 anos – 6 horas”.

Em relação à hora do óbito, apesar de parecer uma questão simples, é comum a equipe apresentar dúvidas sobre o registro da hora do óbito do paciente em ME; não é a hora exata do óbito que importa, mas sim o momento em que se tem certeza de que ocorreu a morte⁽¹⁰⁾.

Tentando verificar o conhecimento sobre a necessidade legal de exames complementares para firmar o diagnóstico, ao demonstrar um caso de paciente com suspeita de ME não confirmada por exame complementar (questão 6), constata-se que 63,7% dos entrevistados confirmaram a hora do óbito que, no caso apresentado, é o da parada cardíaca. No entanto, 36,3% dos entrevistados responderam erroneamente à questão, assinalando a hora do óbito como a do primeiro ou a do segundo exame clínico neurológico. Não se pode aceitar tais respostas, já que, no caso apresentado, não foram realizados exames complementares para a confirmação do diagnóstico de ME no potencial doador.

Ao pressupor que o paciente seria doador de órgãos, portanto realizado o exame complementar (questão 7), a hora do óbito a ser registrada é a do fechamento do protocolo, o que inclui os dois exames clínicos e o exame complementar recomendado. Entretanto, verificou-se que 63,7% responderam erroneamente à questão.

Conforme o processo-consulta nº 8563/2000 do CFM⁽¹²⁾,

o exame complementar pode ser feito entre os dois exames clínicos e a hora do óbito deve ser a do fechamento do protocolo. Entretanto, pode ter ocorrido uma interpretação diferente por parte dos entrevistados, tendo em vista o costume bem estabelecido e provavelmente preponderante de fazer exame complementar após os dois exames clínicos, tornando o exame positivo a última etapa de fechamento de protocolo e, por conseguinte, confirmando o óbito do paciente⁽³⁾. Por esse motivo, aceitou-se como também correto o exame complementar mostrando a ausência de fluxo. Assim sendo, 55 dos entrevistados responderam corretamente o horário do óbito em caso de paciente doador de órgãos.

Não se pode deixar de mencionar o contexto de situações onde se constata a ocorrência de maleficência por omissão, ou seja, está se infringindo o princípio da não-maleficência, que indica a obrigação de minimizar ou evitar danos físicos aos indivíduos que estão aguardando um órgão para poderem continuar a viver.

No que diz respeito à existência de protocolo para avaliação de ME nas instituições investigadas (questão 8), verifica-se que a maioria dos entrevistados (80,2%) afirmou que a instituição

possuía protocolo, quando na realidade o protocolo era o anexo III da resolução do CFM, mostrando o desconhecimento dos intensivistas sobre o tema abordado; cada instituição de saúde pode possuir protocolo próprio para o diagnóstico de ME, desde que contemple todos os aspectos legais da resolução que disciplina o assunto e seja aprovado pelo Conselho Regional de Medicina da região.

Quanto à dificuldade no seguimento dos critérios de ME (questão 9), verifica-se que 65,6% dos entrevistados afirmaram ter

dificuldade para fazê-lo. Esses dados são preocupantes, pois, como afirmado anteriormente, são hospitais transplantadores cadastrados na Central de Transplante do estado de Pernambuco, responsáveis pela captação de órgãos e tecidos e corroborados por várias pesquisas realizadas no mundo inteiro⁽¹³⁾.

Com relação à segurança dos critérios estabelecidos pelo CFM (questão 10), observa-se na tabela 2 que, para 88 entrevistados (98,9%) contra apenas 1 (1,1%), esses critérios são seguros. Assim, para os entrevistados, os critérios do CFM tornam-se indispensáveis para os fins a que se propõe a legislação sobre doação de órgãos, visto que lhes dá a segurança para exercer as atividades inerentes à doação de órgãos.

Sobre os exames complementares mais seguros para o diagnóstico de ME (questão 11), observou-se na tabela 2 que quase todos os entrevistados (89-97,8%) indicaram adequadamente os exames que medem o fluxo sanguíneo cerebral (angiografia, cintilografia de perfusão cerebral, tomografia computadorizada de crânio, Doppler transcraniano e ressonância magnética de crânio) e a atividade elétrica cerebral (EEG e potencial evocado auditivo do tronco encefálico)⁽¹⁴⁾.

“Não é a hora exata
do óbito que
importa, mas sim
o momento em
que se tem
certeza de que
ocorreu a morte”



Sobre o fornecimento de Termo de Declaração de Morte Encefálica (TDME) baseado apenas no exame clínico (questão 12), constatou-se que 10,4% dos entrevistados informam fornecer esse atestado sem a realização do exame complementar exigido por lei, conduta que condiz com as normas legais que regem a questão.

Sobre a estrutura física do hospital para o diagnóstico de ME, verifica-se que todos os respondentes consideram a mesma adequada para fornecer um diagnóstico de ME, levando-se em consideração a equipe e a possibilidade de realização de exames complementares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de ME e a aplicação de seus critérios diagnósticos são de extrema importância para o processo de doação de órgãos em transplantes. Atualmente, entretanto, acredita-se haver uma grande disponibilidade de órgãos que não estão sendo aproveitados oriundos de pacientes em ME. Pode-se identificar cinco causas responsáveis por essas perdas: (a) falha em identificar potenciais doadores; (b) não-notificação às centrais responsáveis pela captação de órgãos; (c) contraindicações médicas para a utilização desses órgãos; (d) infraestrutura insuficiente para a retirada ou transporte do doador; e (e) não-autorização familiar para a doação.

No estudo, detecta-se uma alta prevalência do desconhecimento entre os intensivistas entrevistados (médicos e enfermeiros) na definição de ME. Atualmente, ainda existem profissionais que acreditam que não há necessidade legal de exames complementares para

estabelecer o diagnóstico de ME.

Identificou-se também uma alta prevalência de equívoco na definição da hora do óbito do doador em ME. Como foi dito anteriormente, apesar de parecer uma dúvida corriqueira, a afirmação de que o óbito legal se dá no momento da retirada de órgãos, além de incorreta, pode comprometer todo o processo de captação de órgãos.

Outro equívoco encontrado foi a ausência de um protocolo de ME específico nas instituições, embora a maioria dos entrevistados confirmasse a existência de um protocolo, quando na realidade se tratava do Termo de Declaração de Morte Encefálica preconizado pela resolução nº 1480/97 do CFM.

Conclui-se, então, que o diagnóstico de ME precisa ser entendido e conhecido por médicos e enfermeiros intensivistas. É fundamental a abordagem obrigatória do tema nos currículos de graduação do curso médico e de enfermagem, o que propiciará o adequado conhecimento, resultando em condutas profissionais mais uniformes, além do óbvio aumento do número de diagnósticos de ME.

A possibilidade da doação de órgãos e tecidos representa, paradoxalmente, diante da angústia e tristeza da morte, a perspectiva de que outras pessoas possam recomeçar e buscar nova vida e com qualidade.

Por isso, é necessária a familiaridade dos profissionais de saúde, principalmente os intensivistas (médicos e enfermeiros), com os conceitos da ME e sua identificação correta. A participação ética de todos é que possibilitará o aumento substancial de doações para o transplante de órgãos e tecidos.

Referências

1. Morato EG. Morte encefálica: conceito, essências, diagnóstico e atualização. *Rev Med Minas Gerais*. 2009;19(3):227-36.
2. Bitencourt AGV. Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre morte encefálica. *Rev Bras Ter Intensiv*. 2007;19(2).
3. Harvard Medical School. A definition of irreversible coma: report of the ad hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. *JAMA*. 1968;205:337-40.
4. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução nº 1.480. A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias. Revoga-se a Resolução CFM nº 1.346/91. Brasília: Diário Oficial da União; n. 160, 21 ago. 1997. Seção 1, p. 18.227-8.
5. Leite GB. Detecção do potencial doador de órgãos. In: Ferreira U, coordenador. *Captação de órgãos para transplante*. Campinas: Tecla Tipo; 1997.
6. Garcia LVD. Por uma política de transplantes no Brasil. São Paulo: Office; 2000.
7. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 292 de 7 de junho de 2004. Normatiza a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos. In: Conselho Federal de Enfermagem – SP. *Rev Coren-SP*. 2004;(52):18-9.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
9. Conselho Federal de Medicina. Processo Consulta nº 7311/97. Parecer sobre morte encefálica – aspectos legais desligar os aparelhos – CFM – Brasil/1998. Relator: Nei Moreira da Silva. Parecer aprovado em Sessão Plenária de 17/6/98 [Internet]. [citado em 2009 Ago 6]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/par7311.htm>.
10. Kaufman DC. The final diagnosis: brain death. *Crit Connections*. 2004;1-11.
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.826 de 6 de dezembro de 2007. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suporte terapêuticos quando da determinação da morte encefálica de indivíduo não-doador [Internet]. [citado em 2009 Nov 10]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1826_2007.htm.
12. Conselho Federal de Medicina. Processo consulta nº 8563/200. Parecer sobre diagnóstico de morte encefálica – CFM – Brasil/2001. Relator Solimar Pinheiro da Silva. Parecer aprovado em Sessão Plenária de 21/11/01 [Internet]. [citado em 2009 Ago 02]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2001/42_2001.htm.
13. Central de Transplantes de Pernambuco [Internet]. [citado em 2009 Jan 12]. Disponível em: <http://www.transplantes.pe.gov.br>.
14. Sardinha LAC, Dantas Filho VP. Morte encefálica. In: Cruz J, editor. *Neurointensivismo*. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 235-59.