

Desconexão do ventilador mecânico de não doadores de órgãos: percepção de médicos intensivistas

Disconnection of the mechanical breathing machine used by non-organ donors: perception of intensivist doctors

Desconexión de la máquina de respiración mecánica usada por no donantes de órganos: opinión de los doctores intensivistas

Edvaldo Leal de Moraes*

André Ramos Carneiro**

Mara Nogueira de Araújo***

Franklin Santana Santos****

Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo*****

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo conhecer a opinião de médicos frente à desconexão do ventilador mecânico do indivíduo com diagnóstico de morte encefálica e não doador de órgãos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com análise de conteúdo de Bardin. Os discursos foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas. Participaram do estudo 12 médicos que atuam na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital escola do município de São Paulo. Após a análise das entrevistas, foram revelados motivos para desconectar o ventilador mecânico e motivos para não desconectar, considerados pelos sujeitos da pesquisa. Mesmo diante das divergências de opiniões de médicos frente à desconexão da ventilação mecânica do não doador, as categorias desvelaram que esse procedimento pode proporcionar benefícios para a família e sistema de saúde. Sendo assim, acreditamos que do ponto de vista ético, legal e moral não se justifica a manutenção de suportes terapêuticos nesses indivíduos.

PALAVRAS-CHAVE: Morte Encefálica. Unidades de Terapia Intensiva. Transplante de Órgãos.

ABSTRACT: The present study had aim to know the opinion of doctors about the disconnection of mechanical breathing machine used by individual diagnosed as having encephalic death which are non-organ donors. It is a qualitative research using Bardin's content analysis. Speeches were collected by means of half-structured interviews. Subjects were 12 doctors working in Intensive Therapy Units of a school hospital in the city of São Paulo. After analysis of the interviews, we identified reasons for disconnecting and reasons not to disconnect mechanical breathing machines as considered by the research subjects. Even as there are divergences of opinions from doctors regarding the disconnection of mechanical breathing machines of nor-organ donors, the categories showed this procedure may provide benefits both for the family and the health system. Thus, we believe that from an ethical, legal and moral point of view the maintenance of therapeutic supports in these individuals is not justified.

KEYWORDS: Brain Death. Intensive Care Units. Organ Transplantation.

RESUMEN: Este estudio intentó identificar la opinión de los doctores sobre la desconexión de la máquina de respiración mecánica usada por individuos diagnosticados como teniendo muerte encefálica que no son donantes de órganos. Es una investigación cualitativa que utiliza el análisis de contenido de Bardin. Los discursos fueron recogidos por medio de entrevistas medio-estructuradas. Los sujetos fueron 12 doctores que trabajaban en la Unidad de Terapia Intensiva de un hospital-escola en la ciudad de São Paulo. Después del análisis de las entrevistas, nosotros identificamos las razones como para desconectar y las razones como para no desconectar las máquinas de respiración mecánicas según lo considerado por los sujetos de la investigación. Aunque hay divergencias de opiniones de doctores respecto a la desconexión de máquinas de respiración mecánicas de no donantes de órganos, las categorías demostraron que este procedimiento puede proporcionar ventajas para la familia y el sistema de salud. Así, creemos que desde un punto de vista ético, legal y moral el mantenimiento de ayudas terapéuticas para estos individuos no es justificado.

PALABRAS-LLAVE: Muerte Encefálica. Unidades de Terapia Intensiva. Trasplantes de Órgãos.

* Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP – São Paulo-SP, Brasil. Enfermeiro Encarregado do Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – SPOT-HCFMUSP – São Paulo-SP, Brasil. E-mail: edvaldoleal@uol.com.br

** Enfermeiro do Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – SPOT-HCFMUSP – São Paulo-SP, Brasil.

*** Enfermeira do Instituto de Cardiologia Dante Pazzanese – São Paulo-SP, Brasil.

**** Professor Doutor das Disciplinas de Emergências Clínicas e Tanatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP – São Paulo-SP, Brasil.

***** Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP – São Paulo-SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Morte Encefálica (ME) compreende a parada completa e irreversível de todas as funções neurológicas intracranianas, considerando-se tanto os hemisférios cerebrais, como o tronco encefálico. Essa situação ocorre quando o dano encefálico é tão extenso que não há possibilidade para a recuperação funcional e estrutural do encéfalo e o mesmo não pode manter a homeostase interna: funções cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais e controle da temperatura corporal^{1,2,3}.

O diagnóstico de ME é confirmado por meio de dois exames clínicos e um exame complementar, conforme determina a Lei No. 9.434/97 e a Resolução No. 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina (CFM). Médicos de qualquer especialidade podem realizar os exames neurológicos de morte encefálica, sendo que, pelo menos um desses exames deve ser realizado, preferencialmente, por um neurologista ou neurocirurgião^{4,5}.

Os requisitos para o diagnóstico de morte encefálica são: paciente com escore na Escala de Coma de *Glasgow* igual a três pontos, ou seja, sem abertura ocular, sem qualquer resposta motora e sem resposta verbal. Causas conhecidas como coma: coma aperceptivo com pupilas fixas e arreativas; ausência de hipotermia e não utilização de drogas depressoras do sistema nervoso central; ausência de resposta às provas calóricas, de reflexo córneo-palpebral, oculocefálico e de tosse; apneia irreversível. Além dos dois exames clínicos protocolares e padronizados em todo território nacional, é obrigatória a realização de um exame complementar que caracteriza de forma inequívoca: (1) ausência de atividade eletrofisiológica; ou (2) ausência de atividade metabólica; ou (3) ausência de fluxo sanguíneo cerebral⁴.

Sendo assim, o paciente em coma irreversível, aperceptivo, arreativo, de causa conhecida, com escore na Escala de Coma de *Glasgow* igual a três pontos, sem uso de drogas depressoras do sistema nervoso central, apresenta requisitos indicativos de morte encefálica^{4,6}. Antes de iniciar os exames de confirmação da ME, é essencial que o médico informe e esclareça aos familiares do paciente sobre os procedimentos que serão realizados. Esse cuidado possibilita mais tempo para a família assimilar a ideia da morte do paciente e confere maior transparência ao processo de doação de órgãos; além de facilitar a entrevista familiar, que tem por objetivo informar e esclarecer

sobre a possibilidade da doação de órgãos e tecidos para transplante.

Cabe ressaltar, que a confirmação da morte encefálica deve ser realizada em todos os pacientes com sinais clínicos de ME, uma vez que tal diagnóstico não tem apenas a finalidade de disponibilizar órgãos para transplante, mas, também, deve ser entendido como sendo parte da assistência prestada aos pacientes e seus familiares. É direito da família receber as informações quanto ao diagnóstico e possibilidade de doação de órgãos para transplante; bem como, ser informada sobre a suspensão total de suporte terapêutico em um paciente não doador de órgãos.

Algumas famílias de potenciais doadores, após a entrevista, não autorizam a doação dos órgãos e tecidos para transplante. Nesses casos, conforme a Resolução No. 1.826/07 do CFM, o médico, após o esclarecimento sobre a morte encefálica aos familiares e registro em prontuário, deverá suspender todos os procedimentos de suporte terapêutico⁷. Porém, na prática, o que se observa é a suspensão da dieta, dos antibióticos, das drogas vasoativas, mantendo-se o suporte ventilatório mecânico. Essa situação prolonga a permanência do não doador falecido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), resultando na ocupação desnecessária de um leito hospitalar, no comprometimento emocional, para a família, e perdas financeiras para o sistema de saúde, além de gerar dúvida entre os profissionais da equipe multidisciplinar em relação à validade do diagnóstico de ME.

Com base no que foi exposto, objetivou-se com este estudo conhecer a opinião de médicos frente à desconexão do ventilador mecânico de indivíduo com diagnóstico de morte encefálica e não doador de órgãos para transplante.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo, de abordagem qualitativa, segundo o referencial metodológico de análise de conteúdo de Bardin. Trata-se de uma modalidade de pesquisa que se caracteriza por um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter – por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens –, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens⁸.

A análise de conteúdo não se resume à descrição dos conteúdos, mas naquilo em que se resultam após serem organizados e tratados, isto é, codificados⁸.

Os dados foram coletados após autorização da instituição e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o No. 1062/08. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos médicos que concordaram em participar da pesquisa.

Para a obtenção dos discursos dos participantes do estudo, foram utilizadas as seguintes questões norteadoras: “Você desconecta o ventilador mecânico do não doador de órgãos com diagnóstico de Morte Encefálica? Por quê? Na sua experiência existem ou não existem benefícios nessa prática? Por que e quais?”

Inicialmente, foi feito contato pessoalmente com os participantes e as entrevistas foram realizadas em dia, local e horário determinados pelos sujeitos da pesquisa. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos mesmos.

Para a análise das entrevistas, seguiram-se os momentos metodológicos da análise de conteúdo de Bardin⁸: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial. A pré-análise é a fase de organização do material em que se especifica o campo, no qual o pesquisador deve fixar sua atenção. Na fase da descrição analítica, o material empírico recebe tratamento, incluindo a codificação, a classificação e a categorização. Já na interpretação inferencial configura-se o momento do estabelecimento das relações entre os achados do material empírico e a realidade social, chegando, se possível, a proposições de transformação. Para isso, não basta que retenhamos-nos ao conteúdo manifesto dos textos, mas que revelemos o conteúdo latente⁹.

O tema, como unidade de registro, corresponde a uma regra de recorte do sentido e não da forma da comunicação. Por unidade de registro, entende-se a unidade de significação a codificar, ou seja, o segmento de conteúdo a ser considerado como unidade de base a ser categorizada. A noção de tema em análise de conteúdo é uma afirmação sobre um assunto, uma frase, um resumo, é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto quando analisado à luz de certos critérios relativos à teoria que serve de guia para a leitura.

Além da unidade de registro, convém delimitar a unidade de contexto, que serve de unidade de compreensão para codificar a primeira. Corresponde ao segmento da

mensagem, cujas dimensões, superiores à unidade de registro, possibilita compreender a significação exata desta. No caso do tema, será um parágrafo que o contenha.

As motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, entre outras, além de respostas a questões abertas, a entrevistas não diretivas ou mais estruturadas, registros de reuniões de grupos e comunicações de massa são, frequentemente, analisados por tema.

Assim, considerando-se o objeto do presente estudo, a opinião de médicos em relação à desconexão do ventilador mecânico de pacientes com diagnóstico de morte encefálica e não doador de órgãos, e, a técnica utilizada para a coleta de dados – entrevistas semiestruturadas –, pareceu-nos adequada à análise temática, dentro da proposição da análise de conteúdo. Como unidade de registro tomou-se os próprios motivos para desconectar ou não o ventilador mecânico do não doador de órgãos identificados pelos médicos durante as entrevistas, e como unidade de contexto, os trechos dos discursos que os continham.

A transcrição de cada discurso foi lida, para a identificação dos motivos apontados pelo profissional entrevistado. O conjunto dos motivos listados passou a configurar uma grade temática de análise que serviu para a leitura transversal das entrevistas, ou seja, cada relato foi relido visando recortá-lo em torno de cada tema-objeto apon-

Embora sabendo que o agrupamento das mensagens analisadas em categorias, não constitui uma etapa obrigatória da análise de conteúdo, optou-se, no presente estudo, por se observar esse procedimento para agrupar os motivos identificados, pois se entende que a condensação, proporcionada pela categorização, possibilita a simplificação dos dados brutos, facilitando sua interpretação. A reunião de um grupo de elementos sob um título genérico, que compõe a categorização, toma por base as características comuns desses elementos. Na análise de conteúdo, o conceito de categoria é usado de forma instrumental¹⁰.

Os discursos foram analisados individualmente. Na construção dos resultados foram utilizados trechos dos mesmos para ilustrar os achados. Para a denominação e identificação dos diferentes discursos denominamo-os de I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI e XII com o intuito de preservar o anonimato dos sujeitos.

RESULTADOS

Participaram do estudo, 12 médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva, entrevistados no período de julho a outubro de 2010. Os motivos apontados para desconectar e os motivos para não desconectar o ventilador mecânico são apresentadas a seguir.

Motivos para desconectar o ventilador mecânico do paciente com diagnóstico de morte encefálica e não doador de órgãos para transplante.

Quanto aos motivos apresentados para desconectar o ventilador mecânico, foram revelados: cumprir o que determina o código de ética médica – morte encefálica é morte; minimizar o sofrimento dos familiares e evitar falsas esperanças; liberar leitos de UTI e desconectar o ventilador mecânico mediante informação, esclarecimento e autorização da família do não doador de órgãos.

O cumprimento do que determina o código de ética médica: morte encefálica é morte

Nessa categoria foi revelado que os médicos, que consideram a morte encefálica como sendo a morte da pessoa, não têm dificuldades em desconectar o ventilador mecânico do não doador de órgãos para transplante:

“Eu desconecto porque o paciente está em óbito. (...) ele está com os órgãos funcionando: coração, pulmões (...) porque está ligado ao aparelho, mas ele está em óbito. Isso é morte. E é o momento de emitir o atestado de óbito, inclusive... É a hora do atestado médico (...). A hora do atestado médico é a hora que termina o protocolo de morte encefálica (III)”.

“Eu desconecto sempre, porque para mim morte encefálica é morte. Legalmente é morte mesmo. Então é assim, confirmou a morte encefálica, não é doador, eu desconecto tudo... Retiro o tubo do doente e aguardo parar de bater... Acabou. E aviso essa família antes, que morte encefálica é morte (VI)”.

“Todas às vezes que eu tive pacientes em morte encefálica, nessa situação eu desliguei a droga vasoativa e eles pararam. Então, eu não tive a oportunidade, mas se caso persistisse por um tempo prolongado eu desligaria sem problemas (...). Normalmente esses doentes estavam com muita droga e eu desligava a droga e eles paravam (...). Não precisei desconectar o respirador, mas se fosse outro caso, um doente com baixa quantidade de droga e durasse muito tempo eu desligaria. Isso é tranquilo para mim, porque já tem o diagnóstico de morte encefálica e o exame complementar realizado e está mais que caracterizada a morte (X)”.

A minimização do sofrimento dos familiares e a precaução para que não sejam criadas falsas esperanças

Os sujeitos acreditam que a desconexão do ventilador tem como objetivo minimizar o sofrimento dos familiares e evitar que os mesmos alimentem a possibilidade de recuperação do parente:

“(...) desligar o ventilador não mantém o estresse da família, já que ela está bem ciente que o paciente faleceu. Você explica que não tem mais benefício mantê-lo, uma vez que ele já faleceu. Não vai ser doador. (...) porque se você mantém o suporte, muitas vezes, o paciente fica dias, às vezes semanas... Tem um relato na literatura informando que o paciente ficou meses, era uma gestante que teve que ser mantida para o feto evoluir. Se você consegue manter um paciente nessa situação durante meses para nada, então o estresse para a família vai ser muito grande (I)”.

“(...) é um leito que está sempre ocupado, você abrevia um processo que já está definido e não tem mais como retroceder, para a família é importante porque termina o sofrimento (...). Por mais que você fale que está morto e tem diagnóstico de morte e tudo, o corpo está ali (...). E para a família só termina quando o corpo sai dali e vai para o necrotério (...). É aí que a família realmente caracteriza a morte do doente (X)”.

A liberação dos leitos de UTI

Os médicos acreditam que um dos motivos para desconectar o ventilador mecânico é a possibilidade de aperfeiçoar a utilização de leitos escassos da UTI:

“Eu acho que o benefício maior é você ter vagas para outros pacientes que ainda tenham chances de recuperação. Não há mais o que fazer por aquele paciente que foi constatada a morte encefálica e mantê-lo ocupando um leito de UTI, você está impedindo que outro paciente possa se beneficiar (VIII)”.

“Libera-se o leito para um paciente que esteja vivo e precisando do leito de UTI. Na minha opinião, esse é o maior benefício de todos (II)”.

A desconexão do ventilador mecânico mediante informação, esclarecimento e autorização da família do não doador de órgãos

Existem médicos que aceitam a desconexão do ventilador mecânico do não doador de órgãos, desde que a família esteja bem informada, esclarecida e autorize o procedimento:

“Depende muito da família. Se for uma família bem orientada, que entende tudo o que a gente explica, eu desligo sem problema nenhum (V)”.

“Caso a família expresse a vontade de desligar, você desliga sem problema. É tranquilo, é muito mais sentir a família e ver se você consegue administrar (VII)”.

A apresentação dos motivos para não desconectar o ventilador mecânico do paciente com diagnóstico de morte encefálica e não doador de órgãos para transplante

Quanto aos motivos apresentados para não desconectar o ventilador mecânico, foram revelados: o respeito aos valores pessoais, culturais e sociais; o receio de conflitos com os familiares do não doador de órgãos; o receio de problema legal; o despreparo da sociedade para aceitar o procedimento e a crença da família na reversão do quadro do parente.

O respeito aos valores pessoais, culturais e sociais

Para os sujeitos do estudo que não realizam a desconexão do ventilador mecânico do não doador de órgãos, o respeito aos valores pessoais, culturais e profissionais foram apontados como sendo relevantes:

“Eu não costumo desconectar. Porque culturalmente (...). Nós fomos educados e criados, tanto na parte pessoal, quanto na parte profissional a não tomar essa atitude (...). E eu profissionalmente acho que, independentemente de você desconectar ou não, você tem um benefício que não significa absolutamente nada, se você o mantiver sob ventilação mecânica (...). Como o sistema nervoso, o encéfalo, o tronco cerebral dele não funciona mais, ele vai parar em algumas horas, desde que você não continue mantendo alguns órgãos funcionando artificialmente. Se ele vai morrer em algumas horas não vejo sentido nenhum em você ir lá e abruptamente desconectar e ficar assistindo um paciente bradicardizar, entrar em parada cardíaca sem nenhum benefício (IV)”.

O receio de conflitos com os familiares do não doador de órgãos

Os médicos, por receio de conflitos com os familiares do não doador, acabam optando por suspender outros suportes terapêuticos como drogas, dieta, antibióticos, exceto a ventilação mecânica:

“Eu retiro outros suportes: drogas vasoativas, dieta, antibióticos e reduzo a FIO2 para 21% (...). Mas eu não desconecto. Acho que não cabe a gente criar atrito com a família num momento delicado para eles (...). Está partindo um ente querido deles e nós temos que respeitar isso (IX)”.

“Eu espero, observo qual é o comportamento da família em relação ao paciente e realizo ou não a desconexão (...) depende de como a família se comporta frente à situação (...) eu prefiro fazer uma desconexão cautelosa, observar muito bem a posição da família para evitar problemas (XII)”.

O receio de problema legal

Foi apontado, também, como motivo para não desconectar o ventilador mecânico o medo de problema legal:

“(…) infelizmente, nossa legislação, por mais que o CFM ofereça respaldo, ainda tem muita jurisprudência no Brasil (...). Isso não está bem definido. A gente já teve briga na câmara, no senado (...). A nível federal teve casos que nós não ficamos cobertos juridicamente (...) se eu acho que é uma família que vai dar problema jurídico; principalmente porque eu acho que nossa legislação é falha (...). Eu não desconecto, deixo seguir a ordem natural das coisas (V)”.

O despreparo da sociedade para aceitar o procedimento

Alguns médicos acreditam que a sociedade não está preparada e não aceita a suspensão da ventilação mecânica do não doador de órgãos:

“(…) eu acho que a família demanda um tempo (...). Que normalmente são situações muito agudas as mortes encefálicas (...). E a família, normalmente, não está preparada. Então, a ideia é facilitar a evolução o mais rápido possível para o óbito (...). Baixar a saturação de oxigênio, frequência, mas desligar o aparelho nós não temos o hábito de fazer (...). O que a gente percebe, muitas vezes, é que eles têm um pavor que você desligue os aparelhos (...). Eles acham que você vai roubar os órgãos (...). E não é nada disso. Então, às vezes, eles precisam de algumas horas, um dia no máximo (...). Quer dizer, até conversar com todo mundo (VII)”.

“(…) eu tive uma experiência com a família de um não doador, depois de três dias com o diagnóstico de morte encefálica confirmado (...). Eu estava precisando da vaga de UTI para uma paciente jovem com doença hipertensiva da gravidez, a família do não doador foi totalmente resistente (...). Mesmo conversando, tentando explicar com calma, a família foi totalmente resistente (...). Houve até um reboliço no hos-

pital (...). Chamaram até a televisão. Eles não conseguem entender (...). Tem que ser mais divulgado, essa situação. Ainda não está bem concreta na cabeça das pessoas (VIII)”.

A crença da família na reversão do quadro do parente

Algumas famílias acreditam na possibilidade de reversão do quadro do seu parente e o médico respeita essa crença:

“Como a crença é que a vida está na mão de Deus, crença religiosa e tal (...). Eu não desconecto. Eu paro de dar suporte, mas não desconecto (IX)”.

“Então, tem muito aquilo: para Deus nada é impossível, façam tudo (...). Às vezes, até eles colocam para a gente muito claramente: vocês não vão desistir, não! Nós já ouvimos muito essa frase. A gente teve um caso recente, onde até no final a mulher falou: “vocês vão ver como ele vai sair andando daqui” (...). Então, nessa situação eu não me sinto a vontade para desconectar o ventilador mecânico (...). Se a família vai criar um problema damos mais tempo para essa família. Às vezes é uma questão de tempo para ‘cair a ficha’ (XI)”.

DISCUSSÃO

O conceito de morte encefálica como morte do indivíduo é aceito pela comunidade científica mundial e parece estar bem estabelecido na maior parte dos países. Apesar dessa ampla aceitação, ainda existem dúvidas entre muitos profissionais de saúde^{11,12}.

A experiência com o processo de doação mostra que, para muitos profissionais de saúde e familiares de potenciais doadores, parecem existir dois conceitos de morte: um com finalidade de transplante e outro quando ocorre a parada de todas as funções do corpo. Essa percepção deriva do fato de que, após a constatação da ME, caso os familiares autorizem a doação, o potencial doador é encaminhado ao centro cirúrgico para a retirada dos órgãos. Entretanto, quando ocorre a negação do consentimento familiar, há resistência por parte de profissionais de saúde e de familiares, para a suspensão de suporte terapêutico utilizado para manter a viabilidade dos órgãos para um possível transplante¹³.

Existem médicos que não suspendem a ventilação mecânica do não doador, mas concordam em interromper um ou mais dos seguintes suportes terapêuticos: drogas vasoativas, soro de manutenção, dieta e antibióticos,

exceto a ventilação mecânica. Um estudo realizado no Canadá, em 15 Unidades de Terapia Intensiva, revelou que 34% dos médicos entrevistados não se sentiam a vontade em desligar o respirador do paciente com ME quando a família não autorizava a retirada do suporte. Esse comportamento sugere que esses médicos consideram a morte encefálica diferente da morte. Portanto, há muito que ser esclarecido, discutido e desmistificado, tanto na comunidade médica, como na comunidade leiga^{14,15}. Essa percepção corrobora os achados desta pesquisa.

É perceptível a existência de receio por parte da comunidade médica latino-americana em retirar o suporte ventilatório de pacientes que ainda têm o coração batendo. Essa dificuldade aumenta nas situações de conflitos entre as equipes médicas e familiares, ou quando valores pessoais e religiosos estão envolvidos. Algumas culturas e grupos religiosos não aceitam a morte enquanto as funções vitais não cessarem. Nesses casos, a retirada do suporte gera desconforto, já que o indivíduo aparenta estar vivo porque seu corpo está sendo mantido por meio de suporte artificial¹⁶. Os dados confirmam os achados dessa pesquisa, quando os médicos apontam como motivos para não desligar a ventilação mecânica do não doador, os valores pessoais, culturais e profissionais frente ao procedimento.

No Brasil, havendo impossibilidade de extração dos órgãos para transplante, seja por contraindicação ou por recusa do consentimento familiar, o médico deve suspender o suporte terapêutico do indivíduo não doador de órgãos. A retirada da ventilação mecânica é apoiada legalmente e deve ser realizada pelo intensivista após comunicação à família¹⁶.

Mesmo com critérios bem definidos há mais de duas décadas, o diagnóstico de ME e as condutas subsequentes ainda geram dúvidas e ansiedade na comunidade médica de todo o mundo¹⁷. A necessidade do estabelecimento de critérios que definam a morte encefálica surgiu com o objetivo de incentivar e normatizar a doação de órgãos, assim como permitir a retirada de suportes terapêuticos no paciente não doador de órgãos, pois não há dúvida de que ME é morte¹⁶.

Portanto, do ponto de vista ético e legal, após a confirmação do diagnóstico de ME é dever do médico informar a situação de modo claro e detalhado aos familiares do paciente falecido e suspender o suporte que mantém artificialmente o funcionamento dos órgãos vitais. A sus-

pensão desses recursos não representa delito contra a vida, haja vista tratar-se de um paciente morto⁷.

No entanto, ainda causa perplexidade aos familiares o fato do corpo do falecido apresentar batimentos cardíacos, pressão arterial, respiração e temperatura corporal, mas que é explicado pela manutenção de suporte ventilatório e medicamentos inotrópicos. Essa situação possibilita acreditar que a morte caracterizada pela parada das funções cardiorrespiratórias (morte por critério circulatório ou sistêmico) é diferente da morte encefálica (morte por critério neurológico), pois essa última condição permite imaginar que a pessoa está viva ou em coma, mas não morta¹⁴.

Contudo, a irreversibilidade da morte encefálica autoriza, legal e eticamente, o médico a retirar o suporte terapêutico utilizado até o momento de sua determinação. O CFM reconhece que a sociedade não está devidamente familiarizada com esse tema, o que gera ansiedade, dúvidas e receios, mas que o mesmo deve ser enfrentado de modo compreensivo, humano e solidário⁷.

Por essas razões, faz-se necessária a discussão ética, moral e legal da suspensão de tratamento desnecessário e oneroso a esses pacientes, encarando a morte como complemento da vida e não inimiga a ser derrotada a qualquer custo⁷. Sendo assim, não se justifica a manutenção

da ventilação mecânica em indivíduo com diagnóstico de morte encefálica e não doador de órgãos para transplante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou que os motivos apresentados pelos médicos para desconectar a ventilação mecânica do não doador foram: cumprir o que determina o código de ética médica, pois morte encefálica é morte; minimizar o sofrimento dos familiares e evitar falsas esperanças; liberar leitos de UTI; desconectar o ventilador mecânico mediante informação, esclarecimento e autorização da família do não doador de órgãos. Para os sujeitos que não desconectam o ventilador mecânico foram apresentadas as seguintes opiniões: o respeito aos valores pessoais, culturais e sociais; o receio de conflitos com os familiares do não doador de órgãos; o receio de problema legal; o despreparo da sociedade para aceitar o procedimento e a crença da família na reversão do quadro do parente.

Mesmo diante das divergências de opiniões de médicos, frente à desconexão da ventilação mecânica do não doador, as opiniões revelaram que esse procedimento pode proporcionar benefícios para a família e sistema de saúde. Sendo assim, acreditamos que do ponto de vista ético, legal e moral não se justifica a manutenção de suportes terapêuticos nesses indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Guetti NR, Marques IR. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(1):91-7.
2. Peiffer KMZ. Brain Death and organ procurement. *Am J Nurs.* 2007;107(3):58-67.
3. Andrade AF, Carvalho RC, Amorim RLO, Paiva WS, Figueiredo EG, Teixeira MJ. Coma e outros estados de consciência. *Rev Med (São Paulo).* 2007;86(3):123-31.
4. Conselho Federal de Medicina (CFM) (BR). Resolução CFM No. 1.480, de 8 de agosto de 1997. Critérios de morte encefálica. *Diário Oficial da União, Brasília, 21 agosto 1997. Sec. 1, p. 227-8.*
5. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, 5 fevereiro 1997. Sec 1, p. 2191.*
6. Moraes EL, Glezer M, Silva LBB, Paixão NCS, Moraes TC. Trauma e doação de órgãos e tecidos para transplante. *J Bras Transplantes.* 2006;9:561-5.
7. Conselho Federal de Medicina (CFM) (BR). Resolução CFM n. 1.826, de 24 de outubro de 2007. Suspensão de suporte terapêutico na determinação de morte encefálica. *Diário Oficial da União, Brasília, 06 dezembro 2007. Sec. 1, p. 133.*
8. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 1977.
9. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.* São Paulo: Atlas; 1995.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 4a ed. São Paulo: Hucitec; 1996.
11. Moraes EL, Massarollo MCKB. Recusa de Doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(2):131-5.

12. Schein AE, Carvalho PRA, Rocha TS, Guedes RR, Moschetti L, La Salvia JC, et al. Avaliação do conhecimento de intensivistas sobre morte encefálica. *RBTI*. 2008;20(2):144-8.
 13. Moraes EL, Massarollo MCKB. Family refusal to donate organs and tissue for transplantation. *Ver Latino-am Enferm*. 2008;16(3):458-64.
 14. Lago PM, Piva J, Garcia PC, Troster E, Bousso A, Sarno MO, et al. Morte encefálica: condutas médicas adotadas em sete unidades de tratamento intensivo pediátrico brasileiras. *J Pediatr*. 2007;83(2):133-9.
 15. Joffe AR, Anton N. Brain death: understanding of the conceptual basis by pediatric intensivists in Canadá. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160:747-52.
 16. Lago PM, Piva J, Garcia PC, Troster E, Bousso A, Sarno MO, et al. Morte encefálica: condutas médicas adotadas em sete unidades de tratamento intensivo pediátrico brasileiras. *J Pediatr*. 2007;83(2):133-9.
 17. Inwald D, Jacobovits I, Petros A. Brain death: managing care when accepted medical guidelines and religious beliefs are in conflict. Consideration and promise are possible. *BMJ* 2000;320:1266-7.
-

Recebido em: 26 de julho de 2011.
Aprovado em: 25 de agosto de 2011.