

Manejo do paciente com suspeita de morte encefálica em Unidade de Terapia Intensiva

Management of the patient with suspected brain death in an Intensive Care Unit

Manejo del paciente con sospecha de muerte encefálica en Unidad de Cuidados Intensivos

Recebido: 21/11/2025 | Revisado: 02/12/2025 | Aceitado: 03/12/2025 | Publicado: 06/12/2025

Nadia Pereira de Oliveira Gama

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1768-6657>

Faculdade Irecê, Bahia, Brasil

E-mail: nadiapereira01@gmail.com

Renata de Matos Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1385-6061>

Faculdade Irecê, Bahia, Brasil

E-mail: matosrenata846@gmail.com

Lucas Gomes Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4642-5085>

Faculdade Irecê, Bahia, Brasil

E-mail: lucas.gomes@faifaculdade.com.br

Resumo

O manejo do paciente com suspeita ou diagnóstico de Morte Encefálica (ME) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) representa um cenário de complexidade técnica, ética e emocional para a equipe de enfermagem. O objetivo deste estudo foi sintetizar as evidências científicas que abordam os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem no manejo de pacientes com suspeita de morte encefálica na unidade de terapia intensiva. Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura Científica, com busca nas bases de dados SciELO, BVS, Google Acadêmico, Lilacs e PubMed, abrangendo publicações em português de 2018 a 2025. Os descritores utilizados foram "morte encefálica," "cuidados de enfermagem," e "unidade de terapia intensiva". Os resultados revelam que o enfermeiro desempenha um papel central e dual: ele deve garantir o rigoroso controle hemodinâmico, hídrico e de temperatura para a manutenção da viabilidade dos órgãos (potencial doador). Paralelamente, os maiores desafios residem na esfera humana, envolvendo a sobrecarga emocional, a dificuldade de lidar com a dicotomia vida-morte e a comunicação assertiva com a família. Conclui-se que a qualificação do cuidado requer o investimento em educação continuada para aprimorar tanto o domínio técnico-científico do protocolo de manutenção quanto o desenvolvimento de habilidades de comunicação interpessoal e suporte familiar, visando garantir a dignidade do paciente e otimizar o processo de doação de órgãos.

Palavras-chave: Morte Encefálica; Cuidados de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Doação de Órgãos; Protocolos.

Abstract

The management of patients with suspected or confirmed Brain Death (BD) in the Intensive Care Unit (ICU) represents a scenario of technical, ethical, and emotional complexity for the nursing team. The aim of this study was to synthesize scientific evidence addressing the challenges faced by nursing professionals in managing patients with suspected brain death in the intensive care setting. This is an Integrative Literature Review based on searches conducted in SciELO, BVS, Google Scholar, Lilacs, and PubMed databases, covering publications in Portuguese from 2018 to 2025. The descriptors used were "brain death," "nursing care," and "intensive care unit." The results reveal that nurses play a central and dual role: they must ensure rigorous hemodynamic, fluid, and temperature control to maintain organ viability (potential donors). At the same time, the greatest challenges lie in the human dimension, involving emotional overload, difficulty dealing with the life-death dichotomy, and effective communication with families. It is concluded that improving care quality requires investment in continuing education to enhance both technical-scientific proficiency in maintenance protocols and interpersonal communication and family support skills, aiming to ensure patient dignity and optimize the organ donation process.

Keywords: Brain Death; Nursing Care; Intensive Care Unit; Organ Donation; Protocols.

Resumen

El manejo de pacientes con sospecha o diagnóstico de Muerte Encefálica (ME) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) representa un escenario de complejidad técnica, ética y emocional para el equipo de enfermería. El objetivo de este estudio fue sintetizar las evidencias científicas que abordan los desafíos enfrentados por el personal de enfermería

en el manejo de pacientes con sospecha de muerte encefálica en la unidad de cuidados intensivos. Se trata de una Revisión Integrativa de la Literatura Científica, con búsqueda en las bases de datos SciELO, BVS, Google Académico, Lilacs y PubMed, abarcando publicaciones en portugués desde 2018 hasta 2025. Los descriptores utilizados fueron “muerte encefálica,” “cuidados de enfermería,” y “unidad de cuidados intensivos.” Los resultados revelan que el enfermero desempeña un papel central y dual: debe garantizar un control riguroso hemodinámico, hídrico y de temperatura para mantener la viabilidad de los órganos (potencial donante). Paralelamente, los mayores desafíos se encuentran en el ámbito humano, involucrando la sobrecarga emocional, la dificultad para enfrentar la dicotomía vida-muerte y la comunicación asertiva con la familia. Se concluye que la cualificación del cuidado requiere inversión en educación continua para mejorar tanto el dominio técnico-científico del protocolo de mantenimiento como el desarrollo de habilidades de comunicación interpersonal y apoyo familiar, con el fin de garantizar la dignidad del paciente y optimizar el proceso de donación de órganos.

Palabras clave: Muerte Encefálica; Cuidados de Enfermería; Unidad de Cuidados Intensivos; Donación de Órganos; Protocolos.

1. Introdução

O cuidado ao paciente em Morte Encefálica (ME) transcende o conhecimento estritamente técnico, demandando dos enfermeiros uma abordagem humanizada que considere os aspectos emocionais e sociais do processo de terminalidade da vida. Nesse contexto, são cruciais o suporte aos familiares, o manejo adequado do luto e a garantia da dignidade do paciente (Domingos & Mercês, 2022; Araújo et al., 2022).

A complexidade desta atuação é intensificada por mobilizar processos de cuidado em torno da ME e da doação de órgãos, exigindo a humanização da clínica, o que envolve o paciente, seu familiar e toda a equipe que se depara constantemente com a realidade da morte (Ilha, 2020).

Historicamente, o conceito de ME, ou coma irreversível, foi estabelecido em 1968 pela *Harvard Medical School Committee*, definindo critérios que incluíam coma aperceptivo, arresposivo e apneia (Santos, Brasileiro, 2021). Os critérios evoluíram com a introdução de exames complementares em 1976 (Santos, Brasileiro, 2021) e foram atualizados no Brasil pela Resolução nº 2.173 de 2017, a qual define a ME como a perda total e irreversível das funções cerebrais, cognição, reflexos de tronco e capacidade respiratória (Nobre, Farias & Santos, 2022).

A Resolução CFM nº 2.173/2017 estabeleceu a definição de ME como a cessação completa e irreversível das atividades corticais e do tronco encefálico, caracterizando inequivocamente a morte legal da pessoa (Brasil, 2017). Adicionalmente, esta resolução tornou a determinação do diagnóstico de ME e sua notificação à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) obrigatórias, independentemente da possibilidade de doação de órgãos (Caruso, Silva & Menezes, 2024).

Este arcabouço legal visa conferir segurança jurídica e ética ao diagnóstico, sendo o ponto de inflexão para a suspensão do suporte (em não doadores) ou para o manejo intensivo (potenciais doadores) (Westphal, Garcia & Almeida, 2018). O rigor diagnóstico é justificado pela necessidade de evitar a distanásia e a terapia fútil, garantindo a utilização racional de recursos e a segurança ética (Westphal, Garcia & Almeida, 2020).

A ME é um quadro comum em pacientes críticos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), frequentemente resultante de condições graves como traumatismo craniano, hemorragia intracraniana ou lesão isquêmica. As principais causas de ME englobam o Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico ou isquêmico, o Trauma Crânio Encefálico (TCE), infecções e tumores do Sistema Nervoso Central, e a encefalopatia hipóxico-anóxica após Parada Cardiorrespiratória (PCR) (Caruzo, et al., 2024).

A obrigatoriedade de seguir critérios precisos e padronizados, válidos para todo o território nacional, é uma premissa fundamental da resolução CFM nº 2.173/2017 (Westphal, Garcia & Almeida, 2018). A abertura do protocolo requer o preenchimento de critérios específicos, como o *Glasgow* 3 e a exclusão de condições reversíveis (uso de sedação, hipotermia)

(Santos & Brasileiro, 2021; Nunes, 2020). O protocolo segue etapas de avaliação hemodinâmica, realização de testes de reflexos e apneia, e exames complementares para atestar a ausência de atividade cerebral (Santos & Brasileiro, 2021).

O diagnóstico de ME é complexo e rigoroso, sendo realizado por meio de dois exames clínicos que confirmem o coma não perceptivo e a ausência de função do tronco encefálico, o teste de apneia e um exame complementar que comprove a ausência de atividade encefálica (Santos & Brasileiro, 2021). Um dos médicos capacitados para realizar os exames deve ser especialista em medicina intensiva, neurologia, neurocirurgia, neurologia pediátrica ou medicina de emergência (Bastos, Lima & Maramaldo, 2025). O cumprimento rigoroso do protocolo diagnóstico é essencial para a segurança jurídica e ética do processo (Brasil, Conselho Federal de Medicina, 2017).

A exclusão de fatores de confusão é crucial para o diagnóstico de ME. Entre os pré-requisitos, destaca-se a necessidade de que o paciente apresente temperatura corporal superior a 35°C, saturação arterial de oxigênio acima de 94% e Pressão Arterial Sistólica (PAS) ≥ 100 mmHg ou Pressão Arterial Média (PAM) ≥ 65 mmHg para adultos (Brasil, Conselho Federal de Medicina, 2017). A monitorização contínua e a manutenção rigorosa dessas metas evitam que o paciente seja classificado como "perdido" devido à instabilidade hemodinâmica, um dos principais fatores de inviabilidade (Wagner, Souza & Magajewski, 2021). Após a confirmação diagnóstica e a exclusão de contraindicações, esses pacientes são considerados potenciais doadores de órgãos.

Diante da complexidade técnica, ética e social que permeia o manejo do paciente em suspeita de ME, esta pesquisa se propõe a aprofundar a discussão sobre o assunto. A relevância social deste tema é evidenciada pela problemática da negativa familiar, um dos principais motivos para a não doação de órgãos no Brasil, o que frequentemente se relaciona ao desconhecimento sobre o conceito de ME e sua absoluta irreversibilidade (Ilha, 2020).

Nesse sentido, a questão norteadora deste estudo é: Quais são os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem no manejo de pacientes com suspeita de morte encefálica na unidade de terapia intensiva? A pesquisa tem como objetivo: Sintetizar as evidências científicas que abordam os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem no manejo de pacientes com suspeita de morte encefálica na unidade de terapia intensiva.

2. Metodologia

Fez-se uma investigação documental de fonte indireta do tipo revisão em artigos científicos (Snyder, 2019), num estudo de natureza quantitativa em relação à quantidade de 16 (Dezesseis) artigos que foram selecionados para compor o "corpus" da pesquisa e, de natureza qualitativa em relação às discussões realizadas em relação aos artigos escolhidos (Pereira et al., 2018).

O presente estudo adota uma abordagem de pesquisa exploratória, fundamentada no método de Revisão Integrativa da Literatura Científica. A revisão integrativa é reconhecida por possibilitar a inclusão e a síntese de estudos com diversas metodologias, sejam eles experimentais ou não, permitindo a análise de um panorama de conceitos complexos, teorias ou problemas relevantes na área da saúde. Este método visa à geração de novos conhecimentos a partir da síntese de trabalhos previamente publicados (Souza, Silva & Carvalho, 2010).

A estratégia de pesquisa foi estruturada a partir do acrônimo PICO (População, Intervenção e Contexto), definindo os seguintes elementos para a busca: P – Pacientes graves em terapia intensiva; I – Manejo do paciente, incluindo diagnóstico, cuidados de enfermagem e protocolos; e Co – Paciente em suspeita de morte encefálica.

A amostra do estudo foi composta por artigos científicos selecionados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e PubMed. A pesquisa utilizou diferentes combinações dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "morte encefálica", "cuidados de enfermagem", e "unidade de terapia intensiva". Os descritores foram combinados entre si pelos operadores booleanos "AND" e "OR". O corpus de análise incluiu trabalhos publicados em língua portuguesa no período de 2018 a 2025.

Os critérios foram estabelecidos para garantir a pertinência dos estudos selecionados ao objetivo da pesquisa. Como critérios de Inclusão foram adotados: Artigos originais, publicados em língua portuguesa, disponíveis na íntegra de forma *online* e gratuita e artigos que abordassem o manejo de enfermagem em pacientes com suspeita de morte encefálica em unidade de terapia intensiva.

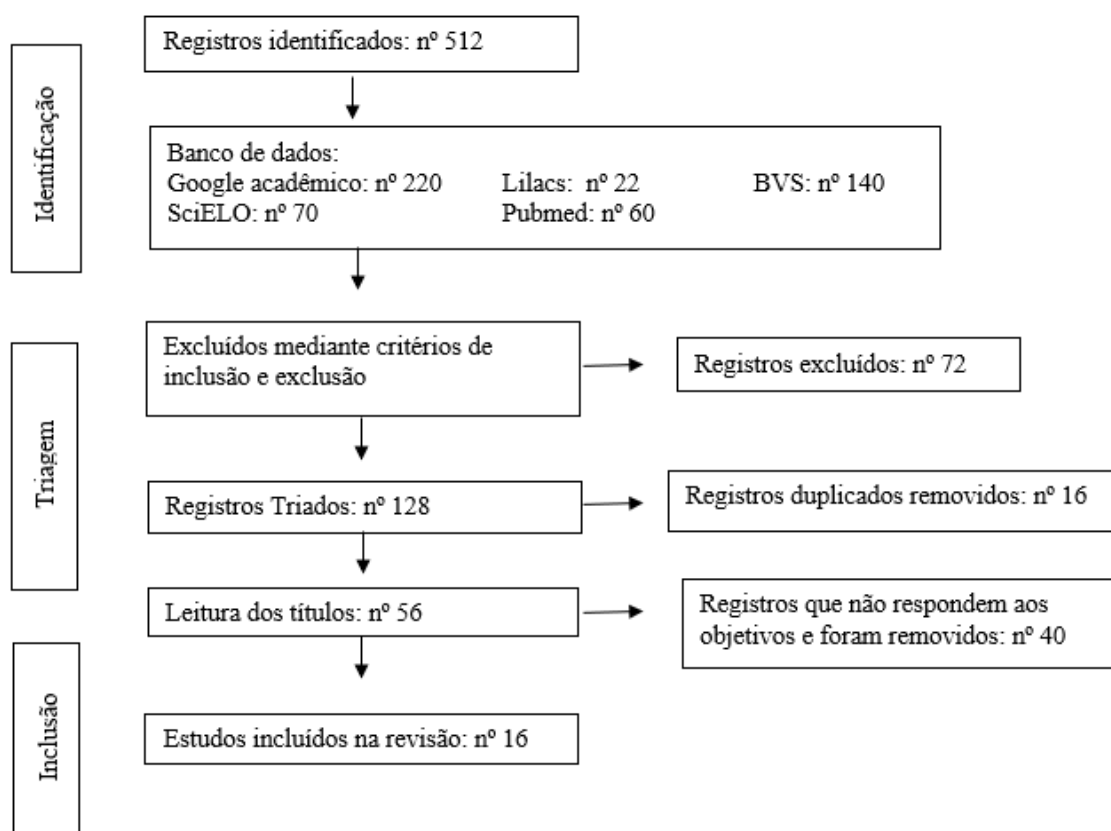
Para os critérios de exclusão considerou-se: artigos que não correspondiam ao objetivo da temática, documentos que se repetiram (duplicatas) entre as bases de dados, documentos que não se relacionavam diretamente com o contexto da enfermagem no manejo do paciente em unidade de terapia intensiva e publicações que não eram artigos originais, como artigos de revisão.

A busca por estudos foi realizada nas bases de dados eletrônicas (SciELO, BVS, PubMed), aplicando-se a combinação dos descritores "morte encefálica" AND "cuidados de enfermagem" AND "unidade de terapia intensiva". A busca foi limitada a artigos publicados em português num intervalo de 08 anos. O processo de seleção dos estudos seguiu as etapas do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA) (Souza, 2010), conforme detalhado na figura 1.

A análise dos dados coletados foi realizada em três etapas distintas: Leitura exploratória, que consistiu na avaliação inicial dos títulos e resumos para identificar a relevância dos artigos em relação à questão de pesquisa; Leitura crítica e extração de dados, que envolveu a análise aprofundada do conteúdo e a extração dos dados relevantes; e Síntese e interpretação, onde os dados foram agrupados em categorias temáticas e interpretados à luz da literatura, buscando a identificação dos desafios e a proposição de estratégias para qualificar o cuidado de enfermagem.

O fluxograma da seleção da amostra, baseado nas recomendações PRISMA, está apresentado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma da seleção da amostra baseado no PRISMA.



Fonte: Autores (2025).

3. Resultados e Discussão

Os artigos selecionados foram organizados em um quadro detalhando o título, autor, ano de publicação, base de dados, objetivo e nível de evidência, seguindo as recomendações do PRISMA (Souza, 2010). A classificação do nível de evidência adotada seguiu a hierarquia proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (Souza, 2010), composta por seis níveis: nível I, evidências oriundas de meta-análises de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; nível II, evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; nível III, evidências provenientes de estudos quase-experimentais; nível IV, evidências advindas de estudos descritivos, não experimentais ou com abordagem qualitativa; nível V, evidências resultantes de relatos de caso ou de experiência; e nível VI, evidências fundamentadas em opiniões de especialistas.

Quadro 1: Identificação dos artigos incluídos com o título, autores com o ano de publicação, base de dados, objetivo e nível de evidência.

Nº	Título	Autor / Ano de Publicação	Tipo de Estudo	Periódico	Base de Dados	Objetivo	Nível de Evidência
1	Detecção da morte encefálica pelo enfermeiro na unidade de terapia intensiva: revisão da literatura	Oliveira, B.K.; Santos, J.M.A. (2017)	Revisão integrativa	Monografia (TCC – FacMais)	LILACS	Avaliar o conhecimento dos enfermeiros diante dos critérios clínicos de morte encefálica e sua capacidade de identificação do quadro.	VI
2	Manejo dos pacientes em morte encefálica	Alves, N.C.C.; Oliveira, L.B.; Santos, A.D.B. et al. (2018)	Estudo quantitativo, descritivo e exploratório	Revista de Enfermagem UFPE On-line	SciELO / BVS	Analisar o conhecimento dos enfermeiros da emergência e UTI em relação ao manejo do paciente em morte encefálica.	IV
3	Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador	Magalhães, A.L.P.; Erdmann, A.L.; Sousa, F.G.M. et al. (2018)	Estudo qualitativo (Teoria Fundamenta da nos Dados)	Revista Gaúcha de Enfermagem	SciELO	Compreender os significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador.	IV
4	A inserção do enfermeiro em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos	Tolfo, F.; Camponogara, S. et al. (2018)	Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória	Enfermería Global	SciELO	Conhecer a inserção do enfermeiro em CIHDOTT e sua preparação para atuar no processo de doação de órgãos.	IV
5	Determinação da morte encefálica no Brasil	Westphal, G.A.; Veiga, V.C.; Frankes, C.A. (2019)	Artigo de revisão	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	SciELO	Analisar as implicações da Resolução CFM nº 2.173/2017 na metodologia de determinação da morte encefálica no Brasil.	V
6	Os desafios do enfermeiro frente à morte encefálica e o processo de doação de órgãos	Ilha, L.A. (2020)	Revisão narrativa	TCC – Residência Multiprofissional (UFSM)	LILACS	Identificar os desafios enfrentados pelos enfermeiros no cuidado ao paciente em morte encefálica e na abordagem familiar.	VI
7	Conhecimento dos profissionais sobre protocolo de morte encefálica	Nunes, M.F. (2020)	Revisão integrativa	TCC (Monografia)	PubMed /	Identificar falhas e lacunas no processo de abertura e condução do protocolo de morte encefálica.	VI
8	O enfermeiro intensivista frente ao paciente potencial doador de órgãos	Anacleto, A.S.; et al. (2020)	Revisão bibliográfica, descritiva	Revista Pró-UniverSUS	BVS	Descrever os cuidados de enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos em UTI.	VI

9	O papel do enfermeiro frente a casos de morte encefálica e doação de órgãos e tecidos	Furtado, L.B.S.; et al. (2021)	Revisão narrativa, qualitativa e exploratória	Research, Society and Development	BVS / LILACS	Descrever o desempenho do enfermeiro no processo de morte encefálica e doação de órgãos e tecidos.	VI
10	Novos procedimentos de confirmação da morte encefálica no Brasil: resultados da Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina	Wagner, L.S.; Souza, R.L.; Magajewski, F.R.L. (2021)	Estudo observacional, transversal e analítico	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	SciELO	Analisar o impacto da Resolução CFM nº 2.173/2017 nos indicadores de transplantes em Santa Catarina.	IV
11	O papel do enfermeiro de unidade de terapia intensiva frente à morte encefálica	Santos, J.A.B. (2021)	Revisão de literatura	Brazilian Journal of Health Review	SciELO / PubMed	Identificar o papel do enfermeiro frente à morte encefálica na UTI.	VI
12	A enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa	Nobre, J.A.; et al. (2022)	Revisão integrativa da literatura	Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde (REMECS)	LILACS	Compreender o papel da enfermagem na manutenção e efetividade do potencial doador de tecidos e órgãos na UTI.	VI
13	Significados do cuidado ao paciente com morte encefálica para enfermeiros de unidade de terapia intensiva	Domingos, N.G.; et al. (2022)	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório	Research, Society and Development	Google Acadêmico	Identificar os significados do cuidado ao paciente em morte encefálica sob a perspectiva de enfermeiros de UTI adulto.	IV
14	Atuação do enfermeiro intensivista no contexto da morte encefálica	Araújo, C.M.; et al. (2022)	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa	Revista Eletrônica Acervo Saúde	Google Acadêmico	Compreender a percepção do enfermeiro intensivista sobre sua atuação durante a assistência ao paciente em processo de morte encefálica.	IV
15	Morte encefálica no paciente adulto: uma revisão integrativa da literatura	Pinheiro, F.E.S.; Silva, L.; Destro-Filho, J.B. (2022)	Revisão integrativa	Research, Society and Development	SciELO / PubMed	Revisar as evidências científicas sobre diagnóstico, condutas clínicas e critérios para morte encefálica em pacientes adultos.	VI
16	Conhecimento dos enfermeiros sobre a manutenção do potencial doador na unidade de terapia intensiva	Bastos, V.S.; Lima, A.M.S.A.; Maramaldo, I.C.R. (2025)	Estudo descritivo, exploratório, quantitativo	Brazilian Journal of Transplantation	Google Acadêmico	Avaliar o conhecimento dos enfermeiros da UTI sobre a manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplantes.	IV

Fonte: Autores (2025)

Os resultados foram apresentados em categorias temáticas, discutindo os desafios e propondo estratégias para qualificar o cuidado de enfermagem ao paciente em suspeita de morte encefálica em terapia intensiva.

4.1 O Papel do Enfermeiro

O cuidado ao paciente com suspeita ou diagnóstico de ME requer do enfermeiro a mobilização de conhecimento científico para a manutenção da vida orgânica, crucial para a viabilidade de órgãos (Anacleto, Pereira & Carvalho, 2020). A falta de conhecimento e habilidades dos profissionais é o principal desafio para o enfermeiro, sendo potencializada pelo

distanciamento entre a Organização de Procura de Órgãos (OPO), a central de transplante e os hospitais, o que gera fragilidade no sistema e pode aumentar a inviabilidade dos órgãos devido à demora na captação (Ilha, 2020). Pesquisas identificaram a fragilidade e divergência no conhecimento de alguns enfermeiros de UTI sobre os cuidados com o potencial doador, apesar de muitos se considerarem preparados para a assistência (Bastos, Lima & Maramaldo, 2025).

Nesse contexto, a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) emerge como um elo fundamental, sendo o enfermeiro peça-chave na articulação dos processos de doação dentro do ambiente hospitalar (Tolfo, Andrade & Silva, 2018).

Estudos reforçam que o enfermeiro intensivista participa ativamente da confirmação diagnóstica, coordenação de exames e supervisão da assistência da equipe técnica (Araújo, Oliveira & Martins, 2022). Assim, o enfermeiro desempenha um papel fundamental no controle hemodinâmico, hídrico e na monitorização contínua (Nobre, Farias & Santos 2022), haja vista que, a efetividade da doação depende diretamente da qualidade da manutenção clínica, que deve ser iniciada imediatamente após a suspeita e intensificada após o diagnóstico de ME (Westphal, Garcia & Almeida 2020).

Em consonância com o COFEN (Resolução nº 611/2019), o enfermeiro tem competências regimentais que incluem a notificação do potencial doador (PD) às Centrais de Transplantes (CNCDO), a garantia da estabilidade hemodinâmica, e a participação em todas as etapas do processo de doação de órgãos e tecidos (Conselho Federal de Enfermagem [COFEN], 2019). Consoante a Resolução nº 710/2022 do COFEN, o enfermeiro detém a responsabilidade privativa pelo planejamento, coordenação, execução, supervisão e avaliação das ações de enfermagem, que engloba o manuseio do material biológico, o doador (vivo ou falecido) e o receptor (Bastos, Lima & Maramaldo, 2025).

Deste modo, o enfermeiro da UTI atua como fiscalizador; utilizando um *Checklist* de Metas Clínicas logo após o primeiro exame clínico compatível com ME, e é responsável por alertar o médico sobre metas não cumpridas para adequação da prescrição em até uma hora, visando evitar a deterioração orgânica. O uso do *Checklist* padroniza a assistência, melhora a adesão aos protocolos de manutenção e impacta positivamente na taxa de doação (Westphal, Garcia & Almeida, 2020). A função do enfermeiro na CIHDOTT engloba a identificação do potencial doador, a realização da busca ativa de prontuários, a notificação, e o acompanhamento de todos os exames e procedimentos até a entrevista familiar, sendo crucial para a efetivação da doação (Tolfo, Andrade & Silva, 2018).

4.1.1 Cuidados Essenciais e Manutenção do Potencial Doador

As alterações fisiológicas pós-ME demandam intervenções específicas para evitar complicações e preservar o potencial doador. Os cuidados listados na literatura são extensivos e envolvem: Monitorização e Estabilidade que consiste na avaliação rigorosa das prescrições neurológicas, controle assertivo da hemodinâmica e fisiopatologia para minimizar arritmias e coagulopatias (Furtado, Silva & Andrade 2021). Nesse contexto, a temperatura corporal ideal deve ser mantida entre 36°C e 37,5°C para evitar hipotermia progressiva e perda de órgãos (Nunes, 2020).

Em similaridade Ilha (2020) afirma que a manutenção da temperatura corporal ideal deve ser estritamente superior a 35°C, com meta ideal entre 36°C e 37,5°C. A hipotermia causa disfunções cardíacas, arritmias e coagulopatias. As medidas de reversão e prevenção da hipotermia incluem aquecer o ambiente, usar manta térmica e infundir fluidos venosos aquecidos a 42°C ou 43°C (Bastos, Lima & Maramaldo, 2025).

O suporte hemodinâmico: A meta pressórica mínima a ser alcançada é manter PAM \geq 65 mmHg ou PAS \geq 90 mmHg. A primeira medida para reverter a hipotensão é a ressuscitação volêmica com bolus de cristalóide. Para casos refratários, a abordagem inclui a terapia hormonal combinada com Vasopressina (0.5 a 2.4 UI/h) e Hidrocortisona (100 mg IV a cada 8 horas) para potenciar a resposta a vasopressores, como a Noradrenalina. Em caso de Parada Cardiorrespiratória (PCR), as manobras de Reanimação Cardiopulmonar (RCP) devem ser iniciadas imediatamente (Bastos, et al., 2025).

O controle glicêmico deve ser monitorado para manter a glicemia 180 mg/dL e deve ser realizado, no mínimo, a cada 6 horas ou a cada 2 horas em uso de insulina em bomba. A monitorização da diurese é crucial para o diagnóstico precoce de *Diabetes Insipidus* (DI), sendo investigada quando a diurese ultrapassa 200 mL/h ou 4 mL/kg/h nas últimas 4 horas. O tratamento de primeira linha para DI é a Desmopressina, com Vasopressina como segunda opção (Bastos, Lima & Maramaldo, 2025).

O cuidado com as córneas é vital, mantendo-as umedecidas com solução fisiológica a 0,9%, e a higiene corporal rigorosa para controle de infecções (Anacleto et al., 2020). Para além disso, a equipe deve monitorar e registrar valores glicêmicos, coagulação, débito urinário, e realizar exames como eletrocardiograma e coletas de hemoculturas e uroculturas no início do protocolo (Furtado et al., 2021; Anacleto et al., 2020). Essas intervenções são fundamentais, pois o DI é uma das principais causas de instabilidade e inviabilidade orgânica no PD (Westphal, Garcia & Almeida, 2020).

O controle de Infecções: As culturas de sangue, urina e secreção traqueal devem ser realizadas sempre que houver suspeita de infecção. Infecções não impedem a doação quando em tratamento e com boa resposta, sendo obrigatório coletar culturas e tratar sempre que houver suspeita (Caruso, Silva & Menezes, 2024; Bastos, Lima & Maramaldo, 2025). Bem como a ventilação mecânica deve seguir uma estratégia protetora, com Volume Corrente (Vt) entre 6 e 8 mL/kg do peso predito e PEEP (Pressão Expiratória Final Positiva) mínima de ≥ 8 cm H₂O, para prevenir a disfunção pulmonar (Caruso, Silva & Menezes, 2025). O conjunto dessas ações exige do enfermeiro habilidade e agilidade, dada a rapidez com que a ME pode desencadear efeitos colaterais no organismo.

4.2 Desafios Éticos e Emocionais no Processo de Doação

Apesar da importância dos cuidados técnicos, a literatura converge que os maiores desafios do enfermeiro residem na esfera humana e interpessoal. Os estudos de Domingos & Mercês (2022), realizados com enfermeiros de UTI nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, indicaram que cuidar de pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de ME é percebido como um momento difícil e complicado, principalmente por envolver histórias que remetem à identificação pessoal e aos desfechos das doenças. Esse momento exige dedicação de tempo para orientações e suporte à família (Domingos & Mercês, 2022).

O ambiente de UTI é marcado por sentimentos como incerteza, tristeza, frustração e decepção, refletindo a complexidade do cuidado e a singularidade do paciente (Santos & Brasileiro, 2021). O profissional vivencia a dicotomia entre vida e morte, confrontando-se com a própria finitude, o que dificulta a aceitação da morte como parte da condição humana, especialmente após a formação de vínculos com o paciente e sua família (Domingos & Mercês, 2022).

O cuidado ao ser em ME é frequentemente caracterizado por desordem e incertezas, levando o enfermeiro a vivenciar sentimentos diversos e ambivalentes. A sobrecarga emocional e a falta de preparo psicológico para lidar com a ME também são fatores que dificultam o cuidado (Magalhães, Oliveira & Silva, 2018).

4.2.1 A comunicação com a família

O contato com a família no pós-diagnóstico de ME, para abordar a possibilidade de doação, é um momento de extrema fragilidade emocional (Furtado, Silva & Andrade, 2021). A presença de batimentos cardíacos e temperatura corporal, apesar da ME, gera resistência e esperança de sobrevivência, dificultando a aceitação familiar (Furtado, Silva & Andrade, 2021).

É imperativo que a equipe aborde a ME de forma clara e ética, reconhecendo-a como a morte da pessoa. Adicionalmente, fatores como a desconfiança na assistência prestada, o medo do comércio ilegal de órgãos e a inadequação da informação podem impactar significativamente a recusa familiar à doação (Pinheiro, Silva & Destro-Filho, 2022; Ilha, 2020).

Estudos destacam o estresse do enfermeiro na relação com familiares, que manifestam dúvidas e incertezas sobre a assistência prestada (Domingos & Mercês, 2022). Portanto, é crucial que o esclarecimento sobre o quadro e a irreversibilidade da ME seja realizado de forma humanizada e empática (Gomes, Nogueira & Prado, 2018).

Ressalta-se que a decisão quanto à doação de órgãos somente deve ser solicitada após o diagnóstico de ME e a comunicação da situação aos familiares, sendo que a doação não pode ser presumida. A família tem o direito de solicitar a presença de um médico de sua confiança para acompanhar os procedimentos de determinação de ME. Para superar esses desafios, os profissionais precisam desenvolver competências de comunicação interpessoal e aprofundar seus conhecimentos em aspectos éticos e nos protocolos de doação, transmitindo segurança e envolvimento em todo o processo (Furtado, Silva & Andrade, 2021; Nobre, Farias & Santos, 2022).

A carência de evidências robustas sobre o manejo da ME reforça a importância de orientações formais para se obter homogeneidade na condução dos protocolos de avaliação e validação do potencial doador (Ilha, 2020). Nesse sentido, muitas falhas na efetivação de doadores estão associadas a problemas no reconhecimento da ME, na entrevista familiar e na manutenção clínica do doador, sendo potencializadas pela ausência de sistematização do atendimento ao potencial doador nas UTIs (Ilha, 2020).

É fundamental que a enfermagem promova e difunda medidas educativas sobre o processo de doação e transplante, tanto na comunidade quanto entre os profissionais de saúde, dada sua capacidade de influenciar positivamente atitudes e sensibilizar a população sobre a importância da doação (Ilha, 2020). Bem como, as instituições de saúde devem investir na educação continuada desses profissionais, promovendo cursos de atualização e treinamentos práticos que permitam a renovação dos conhecimentos e o aperfeiçoamento de habilidades técnicas e comportamentais. É fundamental que o enfermeiro seja treinado em habilidades comportamentais para tratar os familiares de forma clara, respeitosa e acolhedora, dado que ele atua como líder da equipe e como ponte entre a família e a equipe multidisciplinar.

4.3 A Necessidade da Educação Continuada

O cuidado ao paciente com suspeita ou diagnóstico de ME requer do enfermeiro a mobilização de conhecimento científico, haja vista, que este desempenha um papel fundamental no controle hemodinâmico, hídrico e na monitorização contínua, procedimentos essenciais para a manutenção da vida orgânica. A efetividade da doação depende diretamente da qualidade da manutenção clínica, que deve ser iniciada imediatamente após a suspeita e intensificada após o diagnóstico de ME (Pinheiro, Silva & Destro-Filho, 2022).

Neste contexto, a falta de conhecimento e habilidades dos profissionais é identificada como o principal desafio para o enfermeiro, sendo potencializada pelo distanciamento entre a Organização de Procura de Órgãos (OPO) e os hospitais. Este cenário gera fragilidade no sistema e pode aumentar a inviabilidade dos órgãos devido à demora na captação. De fato, estudos identificaram fragilidade e divergência no conhecimento de alguns enfermeiros de UTI sobre os cuidados com o potencial doador, apesar de muitos se considerarem preparados para a assistência (Bastos, Lima & Maramaldo, 2025). A carência de evidências robustas sobre o manejo da ME reforça a importância de orientações formais para se obter homogeneidade na condução dos protocolos de avaliação e validação do potencial doador.

A Educação Continuada (EC) assume um papel estratégico dentro desse contexto, uma vez que a deficiência em treinamento e capacitação influencia diretamente os cuidados clínicos e o processo de doação. O não reconhecimento do processo de doação, o desconhecimento da legislação e os cuidados inadequados com o doador são fatores dificultadores centrais associados à carência de EC. Pequenas condutas incorretas podem, inclusive, inviabilizar a doação (Bastos, Lima & Maramaldo, 2025).

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) emerge como um elo fundamental, sendo o enfermeiro peça-chave na articulação dos processos de doação dentro do ambiente hospitalar. Em consonância com o COFEN, o enfermeiro detém responsabilidades regimentais que incluem a notificação do potencial doador

(PD), a garantia da estabilidade hemodinâmica e a participação em todas as etapas do processo de doação (Tolfo, Andrade & Silva, 2018; Conselho Federal de Enfermagem [COFEN], 2019).

O aprimoramento científico da equipe é exigido pela própria complexidade do manejo. É imprescindível que o enfermeiro tenha um amplo conhecimento das repercussões fisiopatológicas próprias da morte encefálica, de monitorização hemodinâmica e prestação de cuidados individualizados (Westphal, Garcia & Almeida, 2020). O enfermeiro da UTI atua como fiscalizador, utilizando um *Checklist* de Metas Clínicas logo após o primeiro exame compatível com ME (Westphal, Garcia & Almeida, 2020). O uso desse *Checklist* padroniza a assistência, melhora a adesão aos protocolos de manutenção e impacta positivamente na taxa de doação.

5. Considerações Finais

Os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem no manejo de pacientes com suspeita de morte encefálica na UTI abrangem tanto a complexidade técnica quanto as dimensões éticas e emocionais do cuidado. O enfermeiro exerce um papel essencial e multifacetado, equilibrando o cumprimento rigoroso dos protocolos clínicos, considerados fundamentais para a preservação da viabilidade dos órgãos, com a sensibilidade necessária para oferecer acolhimento e suporte à família em um momento de grande vulnerabilidade.

A excelência no cuidado está na capacidade de aliar competência técnica, ética e humanização. A educação continuada deve contemplar não apenas a atualização científica, mas também o desenvolvimento de habilidades comunicacionais e de empatia. Recomenda-se que futuras pesquisas aprofundem a análise sobre programas de capacitação em ambiente de UTI e o uso de ferramentas digitais que auxiliem na manutenção do potencial doador, contribuindo para o aprimoramento dos processos e o aumento das taxas de doação de órgãos no país.

Referências

- Anacleto, A. S., Silva, B. L., & Souza, P. M. (2020). O enfermeiro intensivista frente ao paciente potencial doador de órgãos. *Revista Pró-UniverSUS*, 11(2), 1–13.
- Alves, N. C. C., Pereira, R. S., & Carvalho, M. J. (2018). Manejo dos pacientes em morte encefálica. *Revista de Enfermagem UFPE On-line*, 12(1), 289–299.
- Araújo, C. M., Oliveira, D. S., & Martins, P. F. (2022). Atuação do enfermeiro intensivista no contexto da morte encefálica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(5), e10444. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9956/6171>
- Bastos, V. S., Lima, A. M. S. A., & Maramaldo, I. C. R. (2025). Conhecimento dos enfermeiros sobre a manutenção do potencial doador na unidade de terapia intensiva. *Brazilian Journal of Transplantation*, 28. <https://bjt.emnuvens.com.br/revista/article/view/724/798>
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. (2017). *Resolução CFM nº 2.173, de 23 de novembro de 2017: Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica*. Brasília, DF: Autor. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>
- Caruso, P., Silva, F. S., & Menezes, L. R. (2024). Morte encefálica: critérios diagnósticos, manutenção do potencial doador de órgãos e doação. In F. S. Silveira et al. (Eds.), *Medicina intensiva: abordagem prática* (5ª ed.). São Paulo, SP: Manole. <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202410/31111450-manual-me-2024.pdf>
- Conselho Federal de Enfermagem. (2019). *Resolução COFEN nº 611, de 21 de fevereiro de 2019: Normatiza a atuação do enfermeiro no processo de doação e captação de órgãos e tecidos*. Brasília, DF: Autor. http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-611-2019_72858.html
- Domingos, N. G., & Mercês, R. M. (2022). Significados do cuidado ao paciente com morte encefálica para enfermeiros de unidade de terapia intensiva. *Research, Society and Development*, 11(1), e50111124430. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29241/25393>
- Furtado, L. B. S., Silva, P. C., & Andrade, J. R. (2021). O papel do enfermeiro frente a casos de morte encefálica e doação de órgãos e tecidos. *Research, Society and Development*, 10(4), e1710413554.
- Gomes, R. S., Nogueira, A. L., & Prado, F. P. (2018). A comunicação da morte encefálica e a doação de órgãos: a visão da família. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 30(3), 305–312.
- Ilha, L. A. (2020). *Os desafios do enfermeiro frente à morte encefálica e o processo de doação de órgãos* (Monografia de Residência Multiprofissional). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS.

- Magalhães, A. L. P., Oliveira, M. F., & Silva, C. M. (2018). Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/M93Lcpp6yvssqPyyTyrPM5M/?format=pdf&lang=pt>
- Nobre, J. A., Farias, L. P., & Santos, D. R. (2022). A enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde (REMECS)*, 3(1), 2–18.
- Nunes, M. F. (2020). *Conhecimento dos profissionais sobre protocolo de morte encefálica* (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade do Estado do Pará, Belém, PA. <http://repositorio.anhanguera.edu.br:8080/bitstream/123456789/376/1/TCC%20%20Marina%20Fonseca%20Nunes.pdf>
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J. & Shitsuka, R. (2018). Metodologia da Pesquisa Científica. Santa Maria: Editora da UFSM
- Pinheiro, F. E. S., Silva, L., & Destro-Filho, J. B. (2022). Morte encefálica no paciente adulto: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 11(13), e112111335029.
- Santos, J. A. B. (2021). O papel do enfermeiro de unidade de terapia intensiva frente à morte encefálica. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(6), 24806–24814. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/28155/22299>
- Santos, M. J., Moraes, E. L., & Massarollo, M. C. K. B. (2012). Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 119–128. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/comunicacao_mas_noticias_dilemas_eticos.pdf
- Santos, R. L., & Brasileiro, M. T. L. (2021). Morte encefálica e o papel do enfermeiro no processo de doação de órgãos. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 2, e5279.
- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*. 104, 333–9.
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Tolfo, F., Andrade, G. V., & Silva, P. F. (2018). A inserção do enfermeiro em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos. *Enfermería Global*, 51, 306–318. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/pt_1695-6141-eg-17-50-185.pdf
- Wagner, L. S., Souza, R. L., & Magajewski, F. R. L. (2021). Novos procedimentos de confirmação da morte encefálica no Brasil: resultados da Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 33(1), 28–34. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/KKCjCB9q9WHtDn5y6x9DkTB/?format=pdf&lang=pt>
- Westphal, G. A., Garcia, V. D., & Almeida, D. R. (2018). A determinação de morte encefálica no Brasil: implicações da Resolução CFM nº 2.173/2017. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 30(1), 94–101. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/HRdDLTNGxg8NWxxvM4qWJ9d/?format=pdf&lang=pt>
- Westphal, G. A., Garcia, V. D., & Almeida, D. R. (2020). Manutenção do potencial doador de órgãos no paciente com morte encefálica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 32(3), 433–441. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/checklist_metas_clinicas_manejo_potencial_doador_orgao_manual_operacionalizacao.pdf