

FACULDADE DE ENFERMAGEM E MEDICINA NOVA ESPERANÇA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THIARA JAMILLA FIGUEIREDO DANTAS ANDRADE

**O ENFERMEIRO NA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS:
REVISÃO INTEGRATIVA**

JOÃO PESSOA

2021

THIARA JAMILLA FIGUEIREDO DANTAS ANDRADE

**O ENFERMEIRO NA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS:
REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, como exigência parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

JOÃO PESSOA

2021

A571e

Andrade, Thiara Jamilla Figueiredo Dantas

O enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos /
Thiara Jamilla Figueiredo Dantas Andrade. – João Pessoa, 2021.
29f.; il.

Orientadora: Prof^ª. Ma. Valdicleia da Silva Ferreira Torres.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Morte Encefálica. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Doador
de Órgãos. I. Título.

CDU: 616-083

THIARA JAMILLA FIGUEIREDO DANTAS ANDRADE

**O ENFERMEIRO NA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS:
REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado pela aluna, Thiara Jamilla Figueiredo Dantas Andrade, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em _____ de _____ de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Ma. Valdicléia da Silva Ferreira Torres (ORIENTADORA)
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE)

Prof.^a Dr.^a. Luzia Sandra Moura Moreira (MEMBRO)
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE)

Prof.^a. Ma. Waléria Bastos de Andrade Gomes Nogueira (MEMBRO)
(Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao Criador do Universo, pelo dom da vida. Também aos meus pais, por todo amor, carinho, cuidado e ensinamentos que me dedicaram desde sempre, além dos princípios da vida que ambos me ensinaram e que carrego comigo a todo instante, sempre me encorajando e despertando sempre o desejo de ser uma pessoa melhor a cada dia. Ao meu esposo Micherlan, amigo, confidente e companheiro de todas as horas, que me compreendeu em tudo, em todos os momentos. Juntos, abrimos mãos de tantos projetos, de tantos momentos, para hoje estarmos celebrando o que sonhamos, projetamos e hoje estamos vivenciando esse momento tão especial para nós. Ao meu filho Davi, que tanto entendeu a mamãe quando o seu desejo era aproveitar a minha presença em seus passeios e precisou abrir mão disso muita das vezes. Enfrentamos alguns obstáculos juntos para hoje sermos vencedores, meu filho. À minha tia Alzira, que sempre me apoiou e acreditou em meu potencial e se faz presente em minha vida. A todos os meus Mestres que estiveram comigo nessa jornada e na construção desse grande sonho. Aos amigos que não desistiram de mim, mesmo eu estando tão ausente, enquanto me dedicava aos estudos. À minha orientadora, que dividiu seu tempo comigo, compartilhando comigo seus conhecimentos e ensinamentos pra toda a vida. A banca examinadora, que é composta por duas grandes profissionais exemplares. Uma delas é dotada de muitas virtudes e com toda simplicidade e sabedoria do mundo, sendo doutora de todo o universo das Urgências e Emergências da vida, Luzia Sandra, a qual me acompanha desde o nível técnico. A você, devo toda a admiração e gratidão do mundo. Obrigada por tudo, desde sempre. E a outra é Mestre de toda anatomia humana, Waléria Bastos, dotada de tantos conhecimentos e que contribuiu de forma esplêndida no meu crescimento profissional. Enfim, a todos vocês que compuseram esse cenário incrível da minha vida, o meu “muito obrigada”. Saibam que desejo toda felicidade a vocês e que todas as bênçãos divinas vos alcancem. Hoje, gratidão é o que define e felicidade é a minha aliada.

RESUMO

A morte encefálica é caracterizada como um processo de alta complexidade que pode desencadear diversas alterações hemodinâmicas no organismo, fazendo-se necessário uma assistência de enfermagem pautada em conhecimentos técnicos, científicos e aspectos éticos legais que envolvem todo o processo na manutenção do potencial doador de órgãos, com o intuito de manter seus órgãos alvos funcionantes para o transplante, podendo garantir um resultado satisfatório e conclusivo na possível captação e doação de órgãos. Este estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre a assistência de enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que foi realizada nas bases de dados: MEDLINE, LILACS, BDENF e IBECs, por meio do portal da BVS; para melhor seleção dos arquivos, também será utilizado o banco de periódicos SCIELO e a base de dados SciVerse Scopus (SCOPUS), por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Para seleção dos artigos, foram adotados os seguintes critérios de seleção: publicações na modalidade de artigo, texto completo, que abordaram a temática, publicados no período de 2016 a 2021, disponibilizados nos idiomas português e inglês. Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento adaptado de Ursi contendo as seguintes informações: ano de publicação, título, autores, periódico, qualis, tipo de estudo, objetivo e principais resultados. A análise, apresentação dos resultados e discussão final foram realizadas de forma descritiva sob a forma de quadros. Após a análise dos dados, foi possível identificar a complexidade do cuidado aos pacientes em morte encefálica, as adversidades enfrentadas pela equipe de enfermagem nessa assistência e a importância da participação do enfermeiro na interação familiar, viabilizando assim a efetivação do processo de doação. Nesse cenário, conclui-se que é indispensável a participação do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos.

Palavras-chave: morte encefálica; cuidados de enfermagem; doador de órgãos.

ABSTRACT

Brain death is characterized as a highly complex process that can trigger several hemodynamic changes in the body, requiring nursing care based on technical, scientific and legal ethical aspects that involves the entire process in maintaining the potential organ donor, in order to keep their target organs functioning for transplantation, thus guaranteeing a satisfactory and conclusive result in the possible capitation and donation of organs. This study aimed to: analyze the scientific evidence on nursing care in maintaining the potential organ donor. This is an integrative literature review that was carried out in the following databases: MEDLINE, LILACS, BDENF and IBECs through the VHL portal and for a better selection of files, the SCIELO journal bank and the SciVerse Scopus (SCOPUS) database will also be used through the journal portal of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES). For the selection of articles, the following selection criteria were adopted: publications in the article modality, full text, which addressed the theme, published from 2016 to 2021, available in Portuguese and English. For data collection, an instrument adapted from Ursi was used, containing the following information: year of publication, title, authors, journal, qualis, type of study, objective and main results. The analysis, presentation of results and final discussion were carried out in a descriptive manner. After analyzing the data, it was possible to identify the complexity of care for brain death patients, the adversities faced by the nursing team in this assistance and the importance of the nurse's participation in family interaction, thus enabling the realization of the donation process. In this scenario, it is concluded that the participation of nurses in maintaining the potential organ donor is essential.

Keywords: brain death; nursing care; organ donor.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVO	8
3	REFERENCIAL TEÓRICO	8
3.1	BREVE HISTÓRICO SOBRE A MORTE ENCEFÁLICA	8
4	METODOLOGIA	16
5	RESULTADOS	17
6	DISCUSSÃO	21
6.1	A assistência de enfermagem ao potencial doador em morte encefálica	21
6.2	As adversidades encontradas pela enfermagem durante o processo de doação de órgãos	23
6.3	O enfrentamento da enfermagem na interação familiar do potencial doador de órgãos	25
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
	REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

A definição de morte evoluiu no decorrer dos anos, sendo inicialmente definida quando ocorria a interrupção dos batimentos cardíacos. Entretanto, com o desenvolvimento da ciência, o conceito que se tem sobre a morte modifica, podendo ser verificado que o indivíduo, mesmo morto, conserva alguns sinais vitais, como, por exemplo, batimentos cardíacos, quando conectados a aparelhos, mesmo sendo privado da função vital que é o cérebro. Com esse avanço da ciência e suas tecnologias, originou-se um novo conceito: o de morte encefálica (ME)¹.

A ME é definida como estado irreversível de cessação de toda atividade cerebral e funções neurais, considerando tanto os hemisférios cerebrais como o tronco encefálico, resultante de edema e maciça destruição dos tecidos encefálicos, apesar da função cardiopulmonar poder ser mantida por meio de sistema avançado de suporte vital e mecanismos de ventilação².

As principais causas de ME são: hemorragia intracraniana, trauma, lesão cerebral isquêmica, entre outros; para confirmar esse diagnóstico, é indispensável a prática de exames clínicos e complementares, que certifiquem a ausência de atividade elétrica cerebral ou ausência metabólica cerebral, ou ausência de perfusão tecidual cerebral registrado no termo de declaração de ME³.

No Brasil, a ME é regulamentada pela Resolução n. 2.173/17, do Conselho Federal de Medicina (CFM), necessitando ser atestada através da realização de exames clínicos e complementares, seguindo o protocolo de intervalos variáveis, podendo ser definida por apneia, ausência dos reflexos do tronco encefálico (mesencéfalo, ponte e bulbo), coma perceptivo e perda irreversível das atividades do encéfalo (cérebro e tronco encefálico). Deste modo, faz-se necessária a avaliação, identificação rigorosa do diagnóstico e assistência qualificada envolvendo uma equipe multiprofissional com o objetivo de aumentar substancialmente as doações de órgãos e tecidos para transplante e, conseqüentemente, salvar muitas vidas⁴.

Dentre as atividades envolvidas na assistência desses pacientes, a enfermagem é indispensável e que está à beira leito 24h próxima ao paciente em todos os momentos da assistência, principalmente no manejo das alterações fisiopatológicas características da morte encefálica, na monitorização hemodinâmica, agregando diretamente na efetivação da doação e transplante de órgãos^{5,6}.

Nessa perspectiva, tornam-se relevantes os estudos acerca da manutenção do paciente em morte encefálica. Tal pesquisa contribui para a ampliação do conhecimento sobre a temática

na área da enfermagem, auxiliando no planejamento de ações de identificação, manutenção e assistência de enfermagem. Sendo assim, surge o seguinte questionamento: quais as condutas da Enfermagem na manutenção de potencial doador de órgãos?

2 OBJETIVO

- Analisar as publicações científicas sobre a assistência de enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE A MORTE ENCEFÁLICA

As definições de vida e morte sempre foram muito confusas, mas com o desenvolver da ciência e tecnologias originou-se novas idéias sobre esses conceitos, obtendo uma melhor definição para tal, à medida que a medicina juntamente com os seus avanços tecnológicos continuam a estender os limites para salvar vidas e prorrogar a atividades fisiológicas (TRUOG *et al.*, 2020).

Entre o final do século XIX e início do século XX, diversos estudiosos definiram a morte, o mais notório deles Harvey Cushing descreveu que uma pressão intracraniana (PIC) constantemente aumentada leva o paciente a sofrer uma parada respiratória que assim antecede a parada cardíaca; e foi assim que através dessas descrições, uma nova definição embrionária de morte encefálica começava a surgir (FARACO; CARVALHO, 2017).

Quando ocorre a ME, o cérebro sofre consequências severas e perdas irreversíveis. Para NETO (2010), em 1959 Mollaret e Goudon intitularam seu artigo como “Le Coma Dépassé”, podendo ser interpretado como um estado de comprometimento da consciência ao realizarem uma análise com 23 pacientes do hospital Claude Bernard, em Paris apresentando quadros graves em processos de ventilação artificial, em coma sem resposta ao estímulo doloroso, sem reflexos das atividades do tronco encefálico e com eletroencefalograma isoeletrico.

Diante de um paciente em quadro irreversível pode surgir a possibilidade de um transplante de órgãos. O primeiro transplante cardíaco foi realizado em dezembro de 1967 na África do Sul, devido a este fato houve a necessidade de formação dos critérios essenciais para

a definição do estado de coma irreversível. Deste modo, foi no ano de 1968 em Harvard na Faculdade de Medicina, que se desenvolveu o comitê para assim determinar critérios que viessem definir o coma irreversível (PASSOS *et al.*, 2014). Comitê este, formado por uma equipe multiprofissional, composto por 10 clínicos, um historiador, um jurídico, um sociólogo e administrado por Henry Beecher professor de Harvard (RODRIGUES *et al.*, 2013).

Foi determinado pelo comitê, critérios para definir a morte encefálica que incluíam: coma aperceptivo e arresposivo, ausência de reflexos e de quaisquer movimentos após uma hora de atenta observação, ausência de respiração após três minutos de desconexão do respirador, eletroencefalograma sem atividade, exclusão de hipotermia (abaixo de 32,2 °C) e uso de drogas depressoras do sistema nervoso central, havendo a necessidade de realização dos exames clínicos em 24 horas (FARACO; CARVALHO, 2017).

No Reino Unido, em de 1976 por meio da *Conference of Medical Royal College*, instituiu-se a opção de utilização de outros exames complementares, como o teste de apneia, além do eletroencefalograma, para que assim fosse feita a confirmação da morte encefálica, tornando inédito o sinônimo de morte encefálica a morte humana (SANTOS *et al.*, 2012).

De acordo com Faraco e Carvalho (2017), foi no ano de 1981 que o conceito de morte encefálica foi definitivamente concretizado, através do “*Uniform Determination of Death Act*”, (UDDA), caracterizando o indivíduo morto aquele que:

“apresenta de maneira sustentada ou (1) cessação irreversível das funções respiratória e circulatória, ou (2) cessação irreversível das funções do encéfalo inteiro, incluindo o tronco encefálico” (FARACO; CARVALHO, 2017).

Atualmente, os critérios utilizados para definir a morte encefálica são basicamente os mesmos em todos os países, havendo apenas algumas particularidades quanto ao tempo de observação ao paciente e sobre os exames que auxiliem nesse diagnóstico (SANTOS *et al.*, 2012).

No Brasil, houve a necessidade de normatizar os critérios do processo de doação, dando origem assim as normas que regem todo esse processo, com o objetivo de obter diagnósticos de morte encefálica, resultando positivamente no processo de captação e doação de órgãos (SINDEAUX *et al.*, 2021).

O primeiro transplante renal ocorreu em 1964, realizado no Rio de Janeiro, no Hospital dos Servidores do Estado (COELHO, *et al.*, 2019). Logo, em 1968 no Hospital das Clínicas da Faculdade de medicina de São Paulo (HCFMUSP), foi realizado o segundo transplante sendo

este cardíaco, tornando o país pioneiro em transplante cardíaco da América Latina. Visto que, esses procedimentos foram baseados apenas em critérios eletroencefalográficos (RODRIGUES *et al.*, 2013).

De acordo com o autor supracitado, em 1983 o Hospital das Clínicas da Faculdade de medicina de São Paulo (HCFMUSP), por decorrência desses eventos, determinou o seu próprio critério de morte encefálica, tendo como base a constatação clínica de um estado de coma aperceptivo, ausência de reflexos supraespinhais, tendo a exclusão de hipotermia e uso de drogas depressoras do sistema nervoso central, utilizando o tempo de observação mínimo de seis horas e trazendo a necessidade de um exame que detectasse a ausência de fluxo sanguíneo ou atividade elétrica cerebral.

Devido ao crescimento desses eventos realizados no Brasil, houve a necessidade de regulamentar em âmbito nacional critérios para diagnóstico de morte encefálica. Desta forma, foi em 1997 que o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio de sua resolução nº 1.480/97 veio estabelecer esses critérios de diagnóstico de morte de ME, trazendo consigo como definição da ME: a cessação irreversível das funções respiratórias e circulatórias ou encerramento de todas as atividades cerebrais abrangendo tronco encefálico, tornando consequência de um processo irreversível com a confirmação de causa conhecida e, constatada de modo conclusivo, definindo como sinais clínicos: o coma irreversível, arreativo e aperceptivo, com ausência de atividade motora supra espinal e apneia (SINDEAUX *et al.*, 2021).

Para os autores Carvalho e Faraco (2017), todo esse processo de ME está diretamente relacionada a diminuições críticas da oxigenação tissular encefálica. Isso geralmente envolve patologias que causam um aumento da pressão intracraniana de tal forma que ela ultrapassa a pressão arterial média. Para o autor, não há nível de pressão para que permaneça a perfusão cerebral ativa e, como consequência desse evento, o fluxo sanguíneo cerebral fica inviável para manutenção da vida celular encefálica.

Dentre as principais causas que levam ao processo da ME destacam-se: o traumatismo cranioencefálico, hemorragias subaracnóideas, lesão difusa cerebral após parada cardiorrespiratória revertida, hemorragia cerebral espontânea maciça, grandes lesões isquêmicas, meningoencefalites e encefalites fulminantes e falência hepática aguda causada por hepatite viral ou tóxica ou Síndrome de Reye (SOUZA *et al.*, 2019).

Desta forma, o CFM, estabeleceu que o diagnóstico de ME seja inicialmente realizado em duas etapas, exames clínicos e complementares, sendo eles indispensáveis no processo

comprobatório da ME, tendo como objetivo confirmar a ausência de reflexos do tronco encefálico, esses exames precisam ser realizados de acordo com cada faixa etária. Crianças entre 7 dias a 2 meses incompletos, os exames devem ser repetidos a cada 48 horas; de 2 meses a 1 ano incompleto, a cada 24 horas; em 1 ano a 2 anos incompletos, a cada 12 horas; acima de 2 anos, em intervalos de 1 hora. Importante salientar, que esses exames não devem ser realizados por profissionais da equipe responsável pela remoção de órgãos e sim por médicos habilitados (COSTA; COSTA; AGUIAR, 2016).

Segundo os parâmetros do CFM, é imprescindível que sejam realizadas duas avaliações clínicas e exames complementares do paciente com suspeita de ME, de modo que a primeira poderá ser executada por um médico intensivista e a segunda avaliação preferencialmente por um médico neurologista. Os dados clínicos e complementares observados nesse processo de diagnóstico da ME, deverão ser anotados no termo de declaração de ME (SALLUM; ROSSATO; SILVA, 2011).

A nova resolução do CFM nº 2.173/2017, atualizou os critérios para fins de diagnóstico de ME. De acordo com as normas anteriores, vigentes no período de 1997 a 2017, onde a ME necessitaria ser verificada por dois médicos, sendo um obrigatoriamente neurologista, enquanto ao outro era liberado de qualquer capacitação específica. Conforme a nova resolução do CFM, os dois médicos devem ser habilitados, e um deles deve necessariamente possuir uma das seguintes especialidades: intensivista adulto ou pediátrica, neurologia adulta ou pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência. O segundo deve ter no mínimo, 1 ano de vivência no atendimento a pacientes em coma, tendo acompanhado ou realizado no mínimo dez diagnósticos de ME ou participado de treino específico para esse fim em programa que atenda às regras determinadas pelo CFM (NETO *et al.*, 2019).

A avaliação clínica fundamenta-se na confirmação da irreversibilidade do quadro do paciente, e para isso são necessários alguns exames clínicos (**Quadro-1**) juntamente com exames complementares (AGNOLO *et al.*, 2010)

Quadro 1 – Exames clínicos

<p>Reflexo fotomotor (resposta pupilar à luz)</p>	<p>Realiza-se com fonte luminosa e de boa intensidade, sempre observando se existe resposta tanto de forma direta como consensual e se necessário utilizar lupas e em lugares com baixa luminosidade;</p>
---	---

<p>Córneo-palpebral (estimulação da córnea com gaze ou algodão)</p>	<p>Executa-se usando pedaços de algodão, atingindo de forma alternada as córneas e sempre observando a presença de fechamento das pálpebras e/ou desvio combinado dos olhos para cima (fenômeno de Bell);</p>
<p>Oculocefálico (manobra dos olhos de boneca),</p>	<p>Analisa-se com movimentos acelerados de rotação da cabeça no sentido horizontal e flexão e extensão do pescoço. Na resposta normal, observa-se um deslocamento ocular no sentido contrário aos movimentos executados;</p>
<p>Oculovestibular (injeção de soro fisiológico gelado no conduto auditivo externo)</p>	<p>Examina-se elevando a cabeça do paciente a 30 graus do plano horizontal; determinar previamente por otoscopia a permeabilidade do conduto auditivo e administrar de forma lenta 50 ml de soro fisiológico gelado sobre a membrana timpânica, sempre observando se há irregularidade ocular. Sendo a resposta normal um desvio em direção ao estímulo;</p>
<p>Reflexos faríngeos de deglutição e de tosse</p>	<p>Verificar a ausência de tosse durante a estimulação delicada da carina traqueal com a introdução de cânula de aspiração pelo tubo orotraqueal</p>
<p>Teste de apnéia</p>	<p>Manter PAS \geq 100 mmHg; f_iO_2 de 100% por 10 minutos; ajustar a frequência do ventilador para obter normocapnia; coletar gasometria arterial; desconectar o ventilador; introduzir cateter pelo TOT, até o nível da carina traqueal e instilar O_2 com fluxo de 6l/min; observar movimentos respiratórios por 8 a 10 minutos; interromper o teste se PAS $<$ 90 mmHg ou se $SpO_2 <$ 85% ou arritmia cardíaca; coletar nova gasometria arterial; reconectar o ventilador mecânico. O teste será considerado compatível com ME se não houver movimento respiratório em vigência de $PaCO_2 > 55$ mmHg, na gasometria pós teste.</p>

Fonte: AGNOLO *et al.*, 2010.

Embora, sabendo que os exames clínicos são importantes no diagnóstico de ME aqui no Brasil eles não oferecem o diagnóstico de ME fazendo-se necessário a complementação com

exames complementares para finalizar todo o protocolo e se baseiam na confirmação da ausência de fluxo sanguíneo ou de atividade elétrica do cérebro (SAYAN, 2010).

Dentre os exames complementares na confirmação da ME, os mais utilizados são: a angiografia cerebral, angiografia cerebral radioisotópica, doppler transcraniano, tomografia computadorizada com contraste ou com xenônio e cintilografia cerebral, onde esses exames servem para comprovar a ausência do fluxo sanguíneo cerebral (GASTALA *et al.*, 2019).

Podendo também ser usado como um exame auxiliar, o eletroencefalograma (EEG) e a avaliação das respostas evocadas, que confirmam a ausência de atividade elétrica cerebral e o pet-scan, que evidencia a ausência de atividade metabólica (SALLUM *et al.*, 2011).

Diante do exposto, uma vez em que todo o processo de diagnóstico for finalizado e sendo constatada a ME, uma cópia do termo de declaração de ME (TDME), precisa obrigatoriamente ser encaminhada a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), órgão controlador estadual (Lei 9.434/97, Art. 13) e a CIHDOTT(Comissão Intra-hospitalar de Doadores de Órgãos e Tecidos), mostrando o exame complementar efetivado que confirme inequivocamente a ME, devendo ser anexado laudo com identificação dos médicos responsáveis e toda documentação e laudos precisam constar no prontuário do paciente (HIRSCHHEIMER, 2016).

Dando sequência nesse processo, é imprescindível uma avaliação inicial no possível potencial doador de órgãos, verificando cuidadosamente a história clínica do paciente, evolução e prescrições, realizando exames clínicos e laboratoriais objetivando identificar se existem contraindicações no processo de doação (GUELBER *et al.*, 2011).

Dentre as principais contraindicações que interferem diretamente no processo de tornar-se efetivamente um doador de órgãos destacam-se: Insuficiência orgânica que afetam a função dos órgãos que venham ser doados; Neoplasias malignas atuais ou passadas; Sepses bacteriana ou fúngica, (infecção bacteriana localizada, como pneumonia ou infecção urinária, não exclui a probabilidade de doação, desde que o tratamento com antimicrobiano seja executado o mais rápido possível; Infecção viral sistêmica (como herpes disseminado) ou Encefalite viral; Tuberculose ; Pacientes soropositivos para HIV; Doenças de Chagas; Hepatites; Infecções sistêmicas raras (como doença de Creutzfeldt-Jakob) e Doenças degenerativas (HIRSCHHEIMER, 2016).

Para garantir um processo de forma segura e eficaz, se faz necessário o acompanhamento com os exames laboratoriais específico, com a finalidade de prevenir a transmissão de enfermidades infecciosas e neoplásicas ao receptor. Estas acontecem através de

exames detalhados e analisados minuciosamente. Dentre esses exames destacam-se: hemograma completo, eletrólitos, tipagem sanguínea; exame da função renal, pancreática, hepática, pulmonar, cardiológica; sorologias para doenças infectocontagiosas e culturas biológicas (MAGALHÃES *et al.*, 2017).

Ainda de acordo com o supracitado, uma vez que descartadas as contraindicações clínicas que caracterizam riscos aos receptores, definitivamente o paciente é considerado um potencial doador de órgãos. É nesse momento em que precisa haver a comunicação a família pelo médico responsável da irreversibilidade do quadro clínico do paciente, momento esse em que será imprescindível para a tomada de decisão junto a família.

Todo esse processo de doação de órgãos é regido pela Lei nº 9 434, de 4 de fevereiro de 1997, que identifica a situação: doação de órgãos e tecidos de doador falecido, que é estabelecida pela vontade dos familiares até o segundo grau de parentesco, mediante um termo de autorização de doação (COELHO; BONELLA, 2019). Uma vez que havendo autorização familiar para realização do processo de doação, esse potencial doador necessitará de um acompanhamento rigoroso de cuidados, e é nesse contexto que a enfermagem tem uma participação importantíssima no processo, por estar de forma direta e em tempo integral com o paciente (BIANCHI *et al.*, 2015).

É no contexto da UTI que todo esse processo é realizado, havendo a necessidade de permanência do paciente nesse ambiente para assim dar continuidade da assistência adequada, sabendo que a UTI é um lugar que reúne equipe capacitada e condições favoráveis a esse cuidado, pois dispõe de todo o aparato tecnológico, com suporte a vários sistemas necessários ao PDO, como também a necessidade de um acompanhamento intensivo ao mesmo. A participação da equipe de enfermagem é considerada imprescindível junto a este paciente, pois é o profissional que participa de forma integral na manutenção rigorosa das funções vitais do potencial doador (CESAR *et al.*, 2019).

Para garantir a efetividade na doação de órgãos, é de grande importância a manutenção, a preservação hemodinâmica e fisiológica dos órgãos do início ao fim do processo. Desta forma, são essenciais materiais e equipamentos especializados, bem como profissionais capacitados a identificar e controlar todas as alterações que o paciente venha apresentar como: alterações endócrinas, metabólicas e hemodinâmicas que trazem como consequência à falência de múltiplos de órgãos, requerendo dos profissionais de enfermagem uma boa manutenção das funções vitais, garantindo uma efetivação no processo de doação (COSTA *et al.*, 2016).

Para Westphal e Souza (2011), um período de aproximadamente 12 a 24 horas é considerado ideal para que seja resolvido todas as questões burocráticas desse processo não havendo prejuízo na reversão de disfunções orgânicas. No entanto, é nesse período que se faz necessário condutas rápidas e seguras, com a finalidade de reversão das seguintes alterações: disfunção cardiovascular, déficit de oxigenação, eventuais infecções bacterianas, hipotermia, distúrbios hidroeletrólíticos, alterações metabólicas de natureza endócrina, renal ou hepática, distúrbios de coagulação e de qualquer outra alteração orgânica tratável.

Diante do exposto, mudanças acontecem no organismo do PDO, exigindo uma assistência intensa e de forma segura. Deste modo, os cuidados essenciais prestados a esse paciente são: mudança de decúbito, elevação da cabeceira a 30 graus.; manutenção da ventilação mecânica artificial; aspiração (quando necessário, a fim de melhorar a oxigenação tecidual);verificação do acesso venoso central (para administração de medicamentos, como drogas vasoativas);verificação dos sinais vitais; higienização corporal (a fim de evitar infecções);Observar a função renal (através de volume e diurese);monitorar glicemia; monitorar coagulação sanguínea; hidratação das córneas (utilizando gazes umedecidas sobre os olhos mantendo-os fechados);monitorar temperatura (o uso de cobertores e de fluidos aquecidos ajuda a prevenir a diminuição da temperatura);manter o aporte energético-calórico; monitorização da pressão arterial; frequência cardíaca; controle da hipotensão arterial(a partir da prescrição médica, a reposição de volume deverá ser iniciada); avaliação da hipotensão refratária (na ocorrência da mesma, realizar infusão de drogas vasoativas) (MOURA; TEIXEIRA, 2020).

É comumente nos pacientes em ME o aparecimento de alguns distúrbios. Entre eles estão os eletrolíticos, que caracterizam com a diminuição de sódio, cálcio, fosfato e magnésio, necessitando assim de reposição imediata e os distúrbios metabólicos que caracterizam hipercalcemia e hipomagnesia, sendo esses os fatores que podem levar a arritmias cardíacas. Dessa forma, de modo a prevenir esses distúrbios apresentados, se faz necessário a assistência da enfermagem na monitoração e no controle do equilíbrio hidroeletrólíticos (COSTA *et al.*, 2016).

Portanto, com todas essas condutas frente ao PDO e com seus devidos controles hemodinâmicos e fisiopatológicos é possível evitar problemas como: arritmias, disfunções cardíacas e coagulopatias (FURTADO *et al.*, 2021).

Entende-se, deste modo, que a complexidade do cuidado ao PDO, exige a interdependência das práticas de cuidado, conhecimento nas questões éticas e legais da ME, e quando essa assistência não acontece de forma segura e eficaz, esse processo é comprometido,

acarretando de forma negativa a finalização do processo de doação (MAGALHÃES *et al.*, 2018).

4 METODOLOGIA

Refere-se a uma revisão integrativa da literatura, um método que oferece, como resultado, a situação presente acerca do conhecimento sobre o enfermeiro na unidade de terapia intensiva na manutenção do potencial doador de órgãos. Consiste em um método amplo de pesquisa por meio de evidências, que permite a combinação de dados da literatura empírica e teórica e a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, que estão relacionados à sistematização e publicação dos resultados de uma pesquisa bibliográfica. Seu principal objetivo foi a integração entre a pesquisa científica e a prática profissional, além de análise científica através de consultas de artigos publicados⁷.

Portanto, para conferir rigor metodológico, percorreram-se as seguintes etapas para a realização deste estudo: identificação de problema, com a definição da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e/ou exclusão de estudos para a busca de literatura científica; definição das informações que foram extraídas dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁸.

A busca foi realizada em quatro bases de dados e em um banco de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), por meio do Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para melhor selecionar os arquivos, também foi utilizado o banco de periódicos *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e a base de dados *SciVerse Scopus* (SCOPUS), por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

A busca em diversas bases de dados intencionou ampliar o número de publicações e minimizar vieses, sendo operacionalizada a partir da utilização de termos identificados no vocabulário na base dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH). Assim, foram utilizados os seguintes descritores para a seleção dos artigos: “morte encefálica”, “brain death”, “Cuidados de enfermagem”, “Nursingcare” e “Doador de órgãos”, “organ donor”. Tais descritores foram combinados com o operador

booleano “AND” entre si, nos idiomas em português e inglês, com o objetivo de selecionar criteriosamente os estudos que abordassem a temática.

Foram selecionados artigos científicos indexados nas bases acima referidas. A busca e a seleção dos artigos foram realizadas por dois revisores de forma independente, no intuito de conferir maior rigor metodológico, sendo as discordâncias solucionadas no devido instante da detecção, a fim de não comprometer o prosseguimento metodológico.

Foram adotados os seguintes critérios de elegibilidade: publicações na modalidade de artigo; texto completo; que abordam a temática; publicados no período de 2016 a 2021; disponibilizados nos idiomas português e inglês. Foram excluídas publicações como: teses, dissertações, monografias, trabalhos de conclusão de curso, relatos de caso, relatos de experiência, manuais, resenhas, notas prévias, artigos que não continham resumos disponíveis, que não tratassem da temática.

Para análise e posterior síntese dos artigos que compuseram o corpo amostral, foi utilizado um instrumento construído pelo pesquisador, que foi preenchido para cada artigo selecionado, codificando-os para melhor visualização dos referidos estudos. O instrumento adaptado de Ursi contém informações sobre: ano de publicação, título, autores, periódico, qualis, tipo de estudo/abordagem, objetivos e principais resultados⁹.

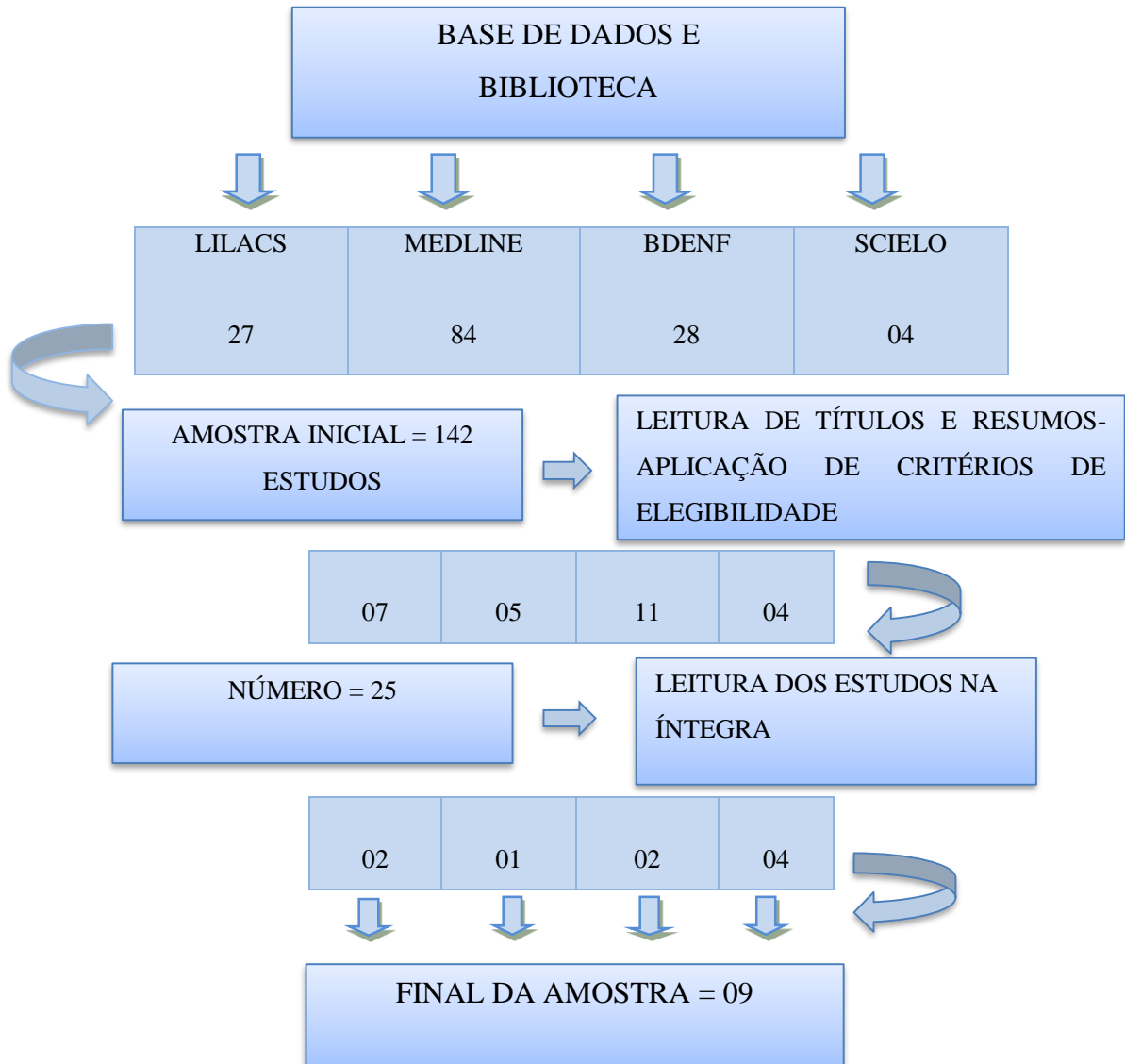
Essa etapa foi semelhante à análise dos dados em uma pesquisa convencional, em que foram utilizadas ferramentas apropriadas para analisar detalhadamente os estudos selecionados, com o objetivo de garantir a validade da revisão. Logo, a análise foi realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados⁷. Em seguida, a partir da interpretação e síntese dos resultados, compararam-se os dados apresentados na análise dos artigos com o conhecimento teórico, identificação de conclusões e inferências resultantes da revisão integrativa, além de também identificar possíveis lacunas do conhecimento e delimitar prioridades para estudos futuros⁸. Neste estudo, a análise, apresentação dos resultados e discussão final foram realizadas de forma descritiva, com o uso de estatística simples por porcentagem, sob a forma de tabelas e quadros, considerando os dados representativos da amostra, assim como os achados pertinentes na literatura.

5 RESULTADOS

Ao término da leitura e análise dos artigos selecionados *a priori*, conforme uso dos descritores pré-definidos, foram identificados 27 artigos na LILACS, 84 artigos na MEDLINE,

28 na BDENF e 04 artigos na SCIELO, totalizando 142 artigos no total, como mostra a Figura 1.

Figura 1- Fluxograma da busca nas fontes eletrônicas. João Pessoa (PB), Brasil, 2021.



Neste contexto, apurou-se o quantitativo final de nove artigos ($n = 09$), os quais compuseram o *corpus* desta investigação, conforme o Quadro 1. Para a caracterização dos artigos selecionados, estabeleceu-se que cada um receberia um código composto pela letra E (Estudo), seguido de um número arábico e em ordem crescente, como pode ser observado a seguir.

Quadro 1. Distribuição dos artigos selecionados para revisão integrativa. João Pessoa (PB), Brasil, 2021.

N.	Ano	Autores	Tema	Objetivo	Periódico	Base de dados	Resultado
E1	2016	Costa CR et al. ¹⁰	A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI	Identificar o papel da equipe de enfermagem a pacientes em ME	Revista Bioética	SciELO	A importância do enfermeiro na manutenção do P.D.O, evitando prejuízos no processo de doação
E2	2017	Silva BH et al. ¹¹	A enfermagem intensivista frente à doação de órgãos	Identificar as produções que abordam o papel do enfermeiro intensivista no contexto da morte encefálica	Revista de pesquisa UFRJ Online	LILACS	A manutenção dos parâmetros desejáveis do PDO na UTI, diminuindo risco de infecções causados pelo processo
E3	2019	Magalhães ALP et al. ¹²	Gerência do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica	Compreender a gerência do cuidado de enfermagem aos pacientes em ME	Revista de enfermagem UFPE Online	SciELO	Verificou-se as limitações no cuidado da enfermagem aos pacientes em ME
E4	2018	Magalhães ALP et al. ⁵	Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador	Compreender os significados do cuidado ao paciente em morte encefálica potencial doador para enfermeiros, e construir um modelo teórico.	Revista Gaúcha de enfermagem	MEDLINE	Potencializou-se a complexidade do cuidado de enfermagem ao paciente em ME, apontando para uma mudança de paradigmas no ato do cuidar
E5	2018	Cunha et al. ¹³	A enfermagem intensivista frente à doação de órgãos: uma revisão integrativa	Identificar as produções que abordam o papel do enfermeiro intensivista no contexto da ME	Revista de pesquisa UFRJ Online	BDENF	Conhecimento sobre a manutenção do PDO e o respectivo protocolo da ME

E6	2018	Alves et al. ¹⁴	Manejo dos pacientes em morte encefálica	Analisar o conhecimento dos enfermeiros em relação ao manejo do PDO	Revista de pesquisa UFRJ Online	BDEFN	Metas pressóricas, agentes vasopressores utilizados e a indicação de reanimação. Porém, em relação ao controle endócrino/metabólico e aos aspectos hematológicos e infecciosos, destaca-se conhecimento apenas acerca da suspensão da dieta enteral e sobre o uso de antibioticoterapia.
E7	2021	Fonseca et al. ¹⁵	Estratégias para manutenção hemodinâmica do potencial doador em morte encefálica	Conhecer a produção científica sobre estratégias adotadas para a manutenção hemodinâmica de pacientes com morte encefálica	Revista de pesquisa Einstein Online.	SciELO	As principais estratégias para a manutenção hemodinâmica do PDO se baseiam em controles de parâmetros cardiovasculares e respiratórios, bem como em intervenções voltadas ao uso de fármacos
E8	2020	Figueiredo et al. ¹⁶	Equipe de enfermagem na doação de órgãos	Identificar ações e atividades da equipe de enfermagem dirigidas à família do potencial doador de órgãos em morte encefálica	Revista Bioética	SciELO	A falta de conhecimento e a dificuldade da família em aceitar a morte encefálica são apontadas também como desafios para a equipe de enfermagem
E9	2019	Cesar et al. ⁴	Percepções e experiências de trabalhadores de enfermagem sobre o cuidado ao paciente em morte encefálica	Conhecer as percepções e experiências dos trabalhadores de enfermagem atuantes em terapia intensiva acerca do cuidado de pacientes com suspeita ou diagnóstico de morte encefálica	Revista baiana de enfermagem	LILACS	Os resultados evidenciaram que os profissionais de enfermagem visualizavam esse processo para além da morte e do morrer, também como uma forma de renovação de outras vida

Fonte: Elaborado pela autora.

Partindo deste pressuposto, em seguida, apresenta-se a discussão a partir da análise da pesquisa e para o resumo do aprendizado, construído após estudo dos resultados coletados, o qual foi dividido sob a conjectura das seguintes categorias: a assistência de enfermagem ao potencial doador em morte encefálica, as adversidades encontradas pela enfermagem no processo de doação de órgãos e o enfrentamento da enfermagem na interação familiar do potencial doador de órgãos.

6 DISCUSSÃO

6.1 A assistência de enfermagem ao potencial doador em morte encefálica

Essa temática de discussão é de extrema importância, pois a participação do enfermeiro nesse processo é imprescindível durante a constatação precoce de pacientes em morte encefálica (ME). Uma vez que o diagnóstico e a conclusão de todas as etapas sejam efetivados em tempo hábil, assegura-se a possibilidade dos órgãos para um futuro transplante (E1).

O transplante vem sendo uma alternativa terapêutica para o tratamento de pacientes com falência orgânica, quando outras terapias já não fazem efeito. Outro estudo aponta que essa alternativa se torna muitas das vezes a única possibilidade terapêutica para indivíduos com insuficiência funcional terminal (E8).

Essa alternativa traz consigo segurança e eficácia, gerando melhoria na qualidade e na perspectiva de vida do paciente. Desta forma, um dos principais objetivos da assistência de enfermagem ao paciente em ME está diretamente ligado à preservação das condições do potencial doador de órgãos (E5).

Ressalta-se que o cuidado de enfermagem ao potencial doador de órgãos é essencial, principalmente no manejo das alterações fisiopatológicas específicas da ME e na monitorização hemodinâmica; isso estará diretamente ligado à efetivação desse processo de doação (E4).

A assistência voltada ao potencial doador de órgãos (PDO) é indispensável, visto que esses pacientes precisam de cuidados de manutenção contínuos, pois estão susceptíveis a alterações endócrinas, metabólicas e cardiovasculares. Dessa forma, é responsabilidade do enfermeiro ter conhecimento sobre todas as alterações, uma vez que ele é o responsável por sua equipe, compete a este profissional planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar todos os procedimentos de enfermagem oferecidos a esse paciente (E6).

O cuidado prestado ao paciente em ME se caracteriza apenas em suas particularidades, uma vez em que o objetivo da assistência não se trata mais de uma terapêutica curativa. Em

consequência disto, ressalta-se que a assistência da enfermagem está focada no equilíbrio dos múltiplos efeitos deletérios que a ME acarreta sobre o organismo do paciente em um pequeno espaço de tempo, ocasionando uma instabilidade hemodinâmica. Isso exige uma equipe preparada técnico-cientificamente, agilidade e consciência em todas as etapas que envolvem os processos burocráticos de doação (E3).

Quando se inicia o processo de ME, mudanças são iniciadas no organismo do paciente. Inicialmente, abrange a avaliação prescrições medicamentosas, mudança de decúbito (evitando lesões por pressão), elevação da cabeceira a 30 graus, realizar aspiração (se necessário, com finalidade de fluidificar secreções), verificação dos acessos, aferição dos sinais vitais(anotando todas as informações no prontuário do paciente), higienização corporal (com objetivo de evitar infecções), verificação dos valores glicêmicos e coagulação sanguínea, prestar cuidados às córneas, usando gazes umedecidas sobre os olhos mantendo-os fechados. Ainda na manutenção do controle da hipotensão arterial, o enfermeiro deve realizar a reposição volêmica a partir da solicitação médica e, no evento de hipotensão refratária, devem ser infundidas drogas vasoativas, considerando a resposta hemodinâmica do paciente. Além disso, o eletrocardiograma (ECG) deve ser realizado (E1).

Ademais, faz-se necessário conservar adequada ventilação e oxigenação do paciente, controlando parâmetros de ventilação mecânica. Da mesma forma, na manutenção da fisiologia respiratória, o enfermeiro precisará estar atento durante a movimentação do paciente, a fim de evitar a desconexão do ventilador ou pinçamento do circuito, além de realizar coleta de material para dosagem dos gases sanguíneos e do equilíbrio acidobásico. Esses são cuidados essenciais para manter os parâmetros respiratórios satisfatórios (E7).

As principais ações desempenhadas pela enfermagem ao PDO estão associadas aos cuidados concernentes à monitorização e ao suporte hemodinâmico do paciente, manutenção da temperatura corporal, controle do balanço hidroeletrólítico, controle glicêmico, controle da nutrição, necessidade de transfusões, manutenção e controle de diurese, dentre outras recomendações para o processo de doação (E3). Em concordância, os autores do (E6) trazem importantes aspectos sobre os profissionais que prestam assistência a esses ao PDO, trazendo como resultado no seu estudo o entendimento deficitário no que diz respeito às formas de prevenção e reversão de situações de hipotermia. Pode-se destacar que o controle desse parâmetro previne diversas complicações que poderiam dificultar no processo de doação, como: disfunção cardíaca, arritmias e coagulopatias.

É comum nos pacientes em ME o aparecimento de alguns distúrbios. Entre eles, estão os eletrolíticos, que se caracterizam pela diminuição de sódio, cálcio, fosfato e magnésio, necessitando assim de reposição imediata e os distúrbios metabólicos que caracterizam hipercalcemia e hipomagnesia, sendo esses os fatores que podem levar a arritmias cardíacas. Dessa forma, de modo a prevenir esses distúrbios apresentados, faz-se necessária a assistência da enfermagem na monitoração e no controle do equilíbrio hidroeletrólíticos. Além disso, o aporte energético-calórico é necessário para fornecer equilíbrio hemodinâmico ao potencial doador; a falta desse cuidado pode acarretar prejuízo ao metabolismo (E1).

Diante disso, é essencial o conhecimento sobre a assistência prestada por parte do profissional enfermeiro sobre as possíveis alterações fisiopatológicas resultantes da ME e, ao colocar em prática tais conhecimentos, seu papel contribuirá para mudanças no cenário dos transplantes (E2).

6.2 As adversidades encontradas pela enfermagem durante o processo de doação de órgãos

Entende-se que o processo de doação e do transplante de órgãos e tecidos representam uma nova perspectiva de vida para muitas pessoas. Todavia, esse processo depende de vários fatores para que ele seja exitosamente efetivado. A participação de uma equipe multiprofissional qualificada é imprescindível no processo da constatação da ME, uma vez em que esse processo necessite de recursos físicos e suas tecnológicos para que sejam realizados os exames comprobatórios a ME (E3).

No E1, os autores destacam em seu estudo que materiais e equipamentos especializados, da mesma forma que profissionais preparados para a identificação e controle dos parâmetros do paciente em ME, são fundamentais para garantir efetividade da doação de órgãos durante todo o processo, além da organização da equipe para atuar diante de uma rápida intervenção. Outro aspecto importante a se ressaltar novamente é que o desconhecimento sobre a fisiopatologia e fisiologia da ME acaba sendo uma das causas para não efetivação da doação de órgãos (E2).

Dessa forma, torna-se imprescindível uma boa análise clínica para que se venha alcançar um diagnóstico precoce, comprovando prontamente possíveis alterações hemodinâmicas e fisiológicas que impossibilitam os órgãos para doação. Em uma pesquisa realizada com alguns enfermeiros intensivistas, a maioria dos participantes informaram estarem aptos para prestarem assistência aos potenciais doadores. Contudo, quando comparado ao número de acertos do estudo, observou-se não ser esta a realidade (E6). Outro estudo com o mesmo contexto aponta

que, após um treinamento, seria suprida a defasagem detectada no conhecimento desses indivíduos acerca da assistência. Além da falta de conhecimento dos enfermeiros, o estudo também revelou que a assistência ao paciente em ME gera ansiedade, estresse e maior desgaste físico, comprometendo assim a eficácia do processo de doação (E9).

Outro aspecto relevante é a escassez de recursos de materiais, de equipamentos, de medicamentos, de uma equipe bem qualificada e de um ótimo relacionamento entre o corpo clínico (enfermeiros e médicos). Isso impede que a equipe preste uma assistência de qualidade e interfere diretamente no processo de efetivação da doação. O conhecimento técnico e científico é importante para garantir êxito em todo o processo de manutenção da efetivação do PD. Porém, é necessário também garantir que, nessa assistência, seja prestada respeito, segurança e qualidade, assegurando então a dignidade do paciente (E3). Os autores destacam em seus estudos a necessidade da existência da educação continuada, indicando ser um fator definitivo para o sucesso ou insucesso do processo de transplantes, sendo os treinamentos, cursos e palestras métodos que se tornam essenciais para assegurar a assistência de qualidade (E6; E1).

De acordo com E3, outros entraves encontrados na assistência ao PD estão relacionados à infraestrutura, ao quadro de recursos humanos, aos materiais e à alta demanda no serviço. Eles apontaram também a escassez relacionadas à logística e apoio ao PD, além da deficiência na precocidade de iniciar o protocolo e notificação da ME. Dessa forma, é visto que a exaustão profissional, a falta de preparação, o entendimento de toda a etapa do processo e a carência de hábitos de doação de órgãos acarretam diretamente a perdas de PD nos âmbitos hospitalares. É visto ainda, em destaque, que a forma como a equipe de enfermagem vê os pacientes em ME, tidos por diversas vezes como pacientes “mortos”, confirma assim uma urgência em instruir a equipe para assim estarem aptos a prestar uma assistência de qualidade.

Por consequência, a distância entre o profissional e o paciente em ME é consideravelmente enxergada como uma das maiores adversidades, visto que existe uma complexidade dessa assistência, precisando reconhecer e perceber esse paciente para além de um ser “morto”, mas como um protagonista de um gerador de vida por meio da doação de órgãos. Nessa perspectiva, outras condições que não a necessidade de capacitação da equipe se destaca durante o cuidado com paciente em ME, como a comunicação e o acolhimento familiar do paciente, a motivação do profissional para o cuidar e o apoio da legislação brasileira para a doação e transplantes de órgãos. Assim, a complexidade do cuidado a esse paciente possibilita

que o enfermeiro perceba novos horizontes e enxergue diversas atitudes, enriquecendo assim sua assistência ao paciente (E4).

6.3 O enfrentamento da enfermagem na interação familiar do potencial doador de órgãos

A equipe de enfermagem é apontada como profissional fundamental para mais transparência e influência positiva no modo como os familiares do PD são capazes de encarar a possibilidade da doação de órgãos. Contudo, o cuidado de enfermagem ofertado ao potencial doador não se encerra no paciente, devendo alcançar seus familiares. Envolve as responsabilidades da equipe de enfermagem o esclarecimento ético, moral e legal de todas as etapas dos processos até a sua efetivação. As informações precisam ser concretas e objetivas, sempre respeitando opiniões e medos dos familiares e o momento de perda e dor por que passam (E8).

Pode-se considerar que o trabalho coletivo e os cuidados com o esclarecimento e a acolhida familiar do potencial doador é algo de extrema importância, tendo em vista que, além da falta de conhecimento por parte dos familiares em relação à morte encefálica, outros fatores podem ser negativos no processo de captação e doação, a compreender o tempo escasso para a tomada de decisões, o tempo limite da equipe na captação dos órgãos a serem doados, a incompreensão da vontade familiar sobre o processo de doação e o local inapropriado para abordar a família (E3).

Um dos principais fatores que dificultam a aceitação da ME pelos familiares do potencial doador é a falta de comunicação ou sua partilha ineficaz. É necessário iniciar uma boa relação com seus familiares, criando um clima favorável, induzindo de forma positiva a tomada de decisão. Aconselha-se que exista sempre transparência e credibilidade, pois os familiares prezam a presença da comunicação, atenção e cuidado ofertado pela equipe de enfermagem (E8). Portanto, a inserção de conteúdos de treinamentos para os equipe de profissionais, visando melhorias nas práticas em comunicação de más notícias, pode ser válida, contribuindo com o aumento das taxas de consentimento familiar (E3).

Desse modo, encontrar-se com a família do doador é uma situação que requer delicadeza e o devido respeito imprescindível nesse momento. Os enfermeiros ainda têm uma extensão de responsabilidades, pois, além de desenvolver o seu papel diretamente na assistência, precisam ainda manter a família bem esclarecida sobre a situação do paciente. Sendo assim, é indispensável dentro do processo de doação de órgãos a participação do enfermeiro na disponibilidade de atendimento junto aos familiares, ajudando e acompanhando na

compreensão da realidade existente e permanecendo aberto para identificar as necessidades da família (E8).

O enfermeiro, ao se deparar sobre a perspectiva de doação, acaba compreendendo que a vida é uma questão de reciprocidade, podendo estar na mesma condição das famílias dos doadores, receptores e equipes de saúde, quando se torna de forma consciente a própria fragilidade, dependência, responsabilidade, finitude e humanidade. Dessa forma, ao analisar sobre a sua participação no cuidado às famílias e aos doadores elegíveis, o enfermeiro depara em suas experiências e expectativas o verdadeiro sentido de salvar vidas (E4).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que a assistência de enfermagem voltada ao paciente em morte encefálica é de extrema importância, proporcionando positivamente o processo de efetivação da captação e doação de órgãos. A participação do enfermeiro é imprescindível durante todo esse processo, visto que a equipe de enfermagem desenvolve um cuidado indispensável na manutenção das funções vitais e no controle hemodinâmico do potencial doador.

Destaca-se que as ações voltadas a esses pacientes são: a monitoração e suporte hemodinâmico, manutenção da temperatura corporal, controle do balanço hidroeletrólítico, controle glicêmico, controle da nutrição, necessidade de transfusões, manutenção e controle de diurese e demais recomendações para doação de órgão exclusivos.

No entanto, ressalta-se que ainda são existentes alguns déficits entre a equipe de enfermagem, fatores que são negativos durante o processo, como: a forma de evitar e/ou reverter a hipotermia no que diz respeito à prática dos exames laboratoriais, na rotina habitual em que esses pacientes em ME devem ser submetidos e no conhecimento quantos aos valores pressóricos deste paciente. Diante disso, conclui-se que é indiscutível e indispensável que a equipe de enfermagem seja dotada do conhecimento técnico científico a respeito de todos os aspectos legais da ME, visto que a viabilidade dos órgãos ou tecidos a serem doados está diretamente ligada à sua adequada conservação, trazendo consigo a participação da enfermagem como papel fundamental no processo de captação e doação de órgãos.

Não obstante, o enfermeiro é o profissional que vivencia maior proximidade com o paciente e seus familiares, corroborando a necessidade de, além de desenvolver uma função assistencial ao PD, é considerado fonte de apoio emocional à família e está ligado diretamente ao repasse de informações aos familiares do paciente em ME. Salienta-se que o enfermeiro seja treinado para tal responsabilidade, demonstrando entendimento e ajudando no que for necessário,

corroborando com relações mais humanas baseadas nos princípios da bioética, por menor que seja o contato com a família. Isso porque o momento de decisão familiar é considerado o mais complexo de todo o processo de doação, não sendo aceito que o enfermeiro intervenha nesse momento e que seja participação exclusiva da família, levando assim a uma tomada de decisão positiva e, conseqüentemente, a um desfecho exitoso na efetiva doação de órgãos. Portanto, entende-se que no contexto da manutenção do potencial doador de órgãos, a participação do enfermeiro é imprescindível, pois o mesmo é responsável por toda monitorização e preservação dos parâmetros vitais do paciente, visto que, ele é o profissional que participa de forma direta de todas as etapas do processo, desde a suspeita da ME, até a sua confirmação.

REFERÊNCIAS

1. Longuiniere ACF, Lobo MP, Leite PL, Barros RCS, Souza NA, Vieira SNS. Conhecimento de enfermeiros intensivistas acerca do processo de diagnóstico da morte encefálica. *Rev Rene*. 2016;17(5):691-8.
2. Souza DRS, Tostes PP, Silva AS. Morte Encefálica: Conhecimento e Opinião dos Médicos da Unidade de Terapia Intensiva. *Rev bras educ med [Internet]*. 2019 Jul [citado em 08 mai 2021];43(3):115-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000300115&lng=en&nrm=iso DOI: 10.1590/1981-52712015v43n3rb20180122
3. Alves MP, Rodrigues FS, Cunha KS, Higashi GDC, Nascimento ERP, Erdmann AL. Processo de morte encefálica: significado para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva. *RBE*. 2019;33.
4. Cesar MP, Camponogara S, Cunha QB, Pinno C, Girardon-Perlini NMO, Flores CL. Percepções e experiências de trabalhadores de enfermagem sobre o cuidado ao paciente em morte encefálica. *RBE*. 2019;33.
5. Magalhães ALP, Erdmann AL, Sousa FGM, Lanzoni GMM, Silva EL, Mello ALSF. Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador. *Rev gaúch enferm*. 2018;39:e20170274.
6. Sindeaux ACA, Nascimento AMV, Campos JRE, Campos JBR, Barros AB, Luz DCRP. Cuidados de enfermagem dispensados ao potencial doador de órgãos em morte encefálica: uma revisão integrativa. *Nursing [Internet]*. 2021 Jan 4 [citado em 11 nov 2021];24(272):5128-47. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1115>.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. *Texto & contexto enferm*. 2019;28:e20170204.
8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*. 2010;8(1):102-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.
9. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005 [citado em 5 nov 2021]. DOI:10.11606/D.22.2005.tde-18072005-095456.

10. Costa CR, Costa LP, Aguiar N. A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. *Rev Bioét* [Internet]. 2016 Ago [citado em 06 mai 2021];24(2):368-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000200368&lng=en&nrm=iso DOI: 10.1590/1983-80422016242137
11. Silva HB, Silva KF, Diaz CMG. A enfermagem intensivista frente à doação de órgãos: uma revisão integrativa. *R Pesq Cuid Fundam* [Internet]. 2017 Jul 11 [citado 14 nov 2021];9(3):882-7. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4514>
12. Magalhães A, Oliveira R, Ramos S, Lobato M, Knih N, Silva E. Gerência do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica. *Revista de Enfermagem UFPE on line* [Internet]. 2019 Abr 19 [citado em 2021 Out 29];13(4):1124-32. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238433>.
13. Cunha D, Lira J, Campelo G, Ribeiro J, da-Silva F, Nunes B. Morte encefálica e manutenção de órgãos: conhecimento dos profissionais intensivistas. *Revista de Enfermagem UFPE on line* [Internet]. 2018 Jan 1 [citado em 2021 Nov 20];12(1):51-8. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25130>.
14. Alves NCC, Oliveira LB, Santos ADB, Leal HAC, Sousa TMF. Manejo dos pacientes em morte encefálica. *Rev enferm UFPE online*. 2018 Abr;12(4):953-61.
15. Fonseca BS, Souza VS, Batista TOF, Silva GM, Spigolon DN, Derenzo N, Barbieri A. Estratégias para manutenção hemodinâmica do potencial doador em morte encefálica: revisão integrativa. *Einstein (São Paulo)*. 2021;19:eRW5630. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021RW5630
16. Figueiredo CA, Pergola-Marconato AM, Saidel MGB. Equipe de enfermagem na doação de órgãos: revisão integrativa de literatura. *Rev Bioét*. 2020;28:76-82.