

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO  
ITAJAÍ - UNIDAVI  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**VANESSA PEREIRA DA SILVA**

**A ENFERMAGEM FRENTE A ASSISTÊNCIA PRESTADA AO POTENCIAL  
DOADOR DE ÓRGÃOS**

**RIO DO SUL**

**2023**

VANESSA PEREIRA DA SILVA

**A ENFERMAGEM FRENTE A ASSISTÊNCIA PRESTADA AO  
POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de graduação em Enfermagem da Área das Ciências Biológicas, Médica e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI como requisito parcial para conclusão do curso.

Orientador: Profº. Diogo Laurindo Brasil

**RIO DO SUL**

**2023**

**VANESSA PEREIRA DA SILVA**

**O PAPEL DA ENFERMAGEM FRENTE A MORTE ENCEFÁLICA E AO  
POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS**

Trabalho de conclusão curso apresentado ao  
Curso de graduação em Enfermagem da Área  
das Ciências Biológicas Médica e da Saúde do  
Centro Universitário para o Desenvolvimento do  
Alto Vale do Itajaí, a ser apreciado pela Banca  
Examinadora, formada por:



Documento assinado digitalmente  
**DIOGO LAURINDO BRASIL**  
Data: 04/12/2023 16:49:28-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

---

Orientador: Prof. Me. Diogo Laurindo Brasil

Banca Examinadora:



Documento assinado digitalmente  
**VANESSA ZINK**  
Data: 05/12/2023 07:37:30-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Vanessa Zink

A handwritten signature in black ink, appearing to read "G. Balbé".

---

Prof. Giovane Pereira Balbé

## **AGRADECIMENTOS**

Expresso minha gratidão a Deus, sendo a fonte da minha vida, por me permitir experimentar tudo isso e por ter planos para mim que excedem os meus próprios sonhos.

Agradeço aos meus pais, Iraci Santos Wollinger e Abnaldo Pereira da Silva, por serem um modelo de retidão, generosidade, humildade e diligência, incentivando-me a crescer como pessoa e fornecendo todo o apoio necessário ao longo da minha jornada, sempre dando o melhor para a nossa família. Além disso, sou grata por me apoiarem nessa jornada e compreenderem a minha ausência em momentos de lazer, esperando que possamos estar sempre unidos.

Quero expressar minha gratidão aos meus colegas de curso pelas amizades que construímos, tornando essa caminhada mais leve.

Ao meu orientador, Diogo Laurindo Brasil, meu agradecimento por aceitar o convite para me orientar neste trabalho, por me guiar na busca de resultados e por sanar todas as minhas dúvidas.

Agradeço ao Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (Unidavi) por oferecer a oportunidade de formação de profissionais qualificados, com um ensino de qualidade e um corpo docente excepcional.

Ao hospital onde conduzi a pesquisa, expresso minha gratidão por me acolher e me proporcionar a oportunidade de aprender através da prática, além de me conectar com profissionais notáveis e fazer amizades incríveis.

## RESUMO

A morte encefálica (ME) é estabelecida pela perda completa e irreversível das funções encefálicas e é definida pela interrupção da atividade corticais e de tronco encefálico. O diagnóstico é estabelecido após dois exames clínicos e um exame complementar. Após a suspeita da morte encefálica, o paciente se torna um potencial doador de órgãos e tecidos, Assim, a consciência desse quadro deve motivar o enfermeiro a otimizar a condição do corpo para o transplante, implementando ações que garantam circunstâncias hemodinâmicas e fisiológicas adequadas para um possível transplante. A pesquisa possui como objetivo elucidar o papel da enfermagem frente a organização dos cuidados prestados ao potencial doador de órgãos. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo do tipo exploratório, que foi realizado em uma instituição privada, filantrópica do interior de Santa Catarina. Os dados foram coletados mediante um roteiro de entrevista com respostas abertas. Diante disso, buscou-se identificar as atividades privativas do enfermeiro, bem como os cuidados prestados pela equipe de enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos. Entretanto, após essa identificação, faz-se necessário planejar intervenções e discussões científicas que auxiliem na efetividade das boas práticas. Constatou-se que o papel da enfermagem diante da morte encefálica e do potencial doador de órgãos é de extrema importância e complexidade. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental em todo o processo, desde a identificação, até o apoio aos familiares, passando pelos cuidados cruciais para esse paciente, desempenhado um papel crítico nesse cenário. Posto isso, a pesquisa evidencia a importância da equipe de enfermagem na organização dos cuidados ao potencial doador de órgãos, superando metas estabelecidas. A resposta à pergunta de pesquisa foi abrangente, destacando a dedicação e expertise na otimização do processo de doação, com cuidados éticos e humanizados. O trabalho valorizou o papel fundamental da equipe de enfermagem, enfatizando a necessidade contínua de investimentos em treinamento e suporte para garantir a excelência e humanização na doação de órgãos.

**Palavras-chave:** cuidados de enfermagem, morte encefálica, doadores de órgãos.

## ABSTRACT

Brain death (BD) is established by the complete and irreversible loss of brain functions and is defined by the cessation of cortical and brainstem activity. Diagnosis is established after two clinical examinations and a complementary test. Following the suspicion of brain death, the patient becomes a potential organ and tissue donor. Therefore, awareness of this condition should motivate the nurse to optimize the body's condition for transplantation, implementing actions to ensure hemodynamic and physiological conditions suitable for potential transplantation. The aim of this research is to elucidate the nursing role in organizing care provided to potential organ donors. It is a descriptive qualitative exploratory study conducted in a private philanthropic institution in the interior of Santa Catarina. Data were collected through an interview script with open-ended responses. Thus, the study sought to identify the nurse's exclusive activities, as well as the care provided by the nursing team in maintaining the potential organ donor. However, after this identification, it becomes necessary to plan interventions and scientific discussions that assist in the effectiveness of best practices. It was found that the role of nursing in the face of brain death and the potential organ donor is of extreme importance and complexity. Nurses play a crucial role throughout the process, from identification to supporting family members, through crucial care for the patient, playing a critical role in this scenario. Therefore, the research highlights the importance of the nursing team in organizing care for potential organ donors, surpassing established goals. The response to the research question was comprehensive, emphasizing dedication and expertise in optimizing the donation process, with ethical and humanized care. The work valued the fundamental role of the nursing team, emphasizing the ongoing need for investment in training and support to ensure excellence and humanization in organ donation.

**Keywords:** nursing care, brain death, organ donors.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ADH - Hormônio antidiurético  
AQP2 - Proteína aquaporina-2  
AVC - Acidente vascular cerebral  
AVE - Acidente vascular encefálico  
AVCH - Acidente vascular cerebral hemorrágico  
AVCI - Acidente vascular cerebral isquêmico  
CAMP - adenosina cíclico  
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa  
CET - Centrais Estaduais de Transplantes  
CVC - Cateter venoso central  
DI - Diabetes insipidus  
EHI - Encéfalo hipóxico-isquêmica  
IRAS - Infecções relacionadas à assistência à saúde  
LCR - Líquido cefalorraquidiano  
ME - Morte encefálica  
PA - Pressão arterial  
PACO2 - Parcial de dióxido de carbono  
PAVM - Pneumonia associada à ventilação mecânica  
PCR - Parada cardiorrespiratória  
PIC - Pressão intracraniana  
PVC- Pressão venosa central  
SAE - Sistematização da assistência de enfermagem  
SNC - Sistema nervoso central  
VM – Ventilação mecânica  
TCE - Traumatismo crânio encefálico  
TNHB – Teoria das necessidades humanas básicas  
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Exames clínicos.....	11
Quadro 2 - Testes complementares.....	12
Quadro 3 - Cuidados de enfermagem prestados ao potencial doador de órgãos.....	15
Quadro 4 - Categorias e Subcategorias de Análise.....	26
Quadro 5 - Sinais clínicos de ME e a identificação pelos profissionais entrevistados.....	52

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
2.1 O QUE É MORTE ENCEFÁLICA.....	13
2.2 ORIGEM E FISIOLOGIA DA MORTE ENCEFÁLICA.....	14
2.3 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICOS MÉDICOS DE MORTE ENCEFÁLICA .....	18
2.4 PAPEL DA ENFERMAGEM FRENTE AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS ....	24
2.5 TEORISTA DE ENFERMAGEM: WANDA DE AGUIAR HORTA .....	31
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>33</b>
3.1 MODALIDADE DA PESQUISA .....	33
3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA .....	33
3.3 POPULAÇÃO E SUJEITO DE PESQUISA.....	34
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA.....	34
3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....	35
3.7 PRECEITOS ÉTICOS .....	36
<b>4 ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>38</b>
4.1 O MANEJO DO PACIENTE EM ME .....	39
<b>4.1.1 Organização da equipe de enfermagem para manejo do paciente em ME .....</b>	<b>39</b>
<b>4.1.2 Ações privativas do enfermeiro .....</b>	<b>46</b>
4.2. GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO DE ME: BUSCANDO INDICADORES CLÍNICOS DA MORTE CEREBRAL .....	51
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>59</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>71</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O primeiro transplante de órgãos a nível mundial se deu em 1933 por um cirurgião ucraniano, já no Brasil esse procedimento iniciou-se em 1964 com um transplante renal efetuado em um Hospital do Rio de Janeiro. A partir disso, houve uma evolução significativa relacionado tanto às técnicas de transplante, assim como quanto às drogas imunossupressoras, o que resultou na melhora da qualidade de vida do paciente e também no aumento da expectativa de vida, quando relacionado a expectativa de vida sem o procedimento (Coelho, Bonella, 2019).

A evolução dos critérios que definem a morte encefálica favoreceu a ocorrência de doações de órgãos, pois ela outorga a manutenção das funções vitais até que os órgãos sejam captados do doador. Para isso, a morte encefálica (ME) deve ser diagnosticada por meio de critérios legais pré-definidos, que variam de país para país. Quando diagnosticada em tempo hábil, ela possibilita a doação de órgãos e permite o transplante, o que se caracteriza como uma alternativa terapêutica frente às inúmeras doenças terminais que causam insuficiência ou falência de órgãos, ou tecidos (Cesar, et al., 2019).

A necessidade de identificação precoce e a manutenção das funções vitais de um paciente que seja potencial doador de órgãos e tecidos está relacionada à maior possibilidade de oferta de órgãos e tecidos para haver o transplante, o que traz como consequência, diminuição da fila de espera por um transplante e obviamente, a melhora da qualidade de vida do paciente transplantado.

A equipe de enfermagem desempenha um papel essencial na efetivação bem-sucedida dos procedimentos de transplante de órgãos, ela é crucial na preservação do potencial doador. Portanto, é necessário que a equipe forneça cuidados de alta qualidade, com o objetivo de garantir um atendimento de excelência ao paciente. Sendo assim, destaca-se a importância do envolvimento dos profissionais de enfermagem em todas as fases do processo de doação de órgãos. O Conselho Federal de enfermagem (COFEN), na Resolução n. 292/2004, resolveu que ao enfermeiro incumbe planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados ao doador de órgãos e tecidos (Conselho Federal de Enfermagem, 2004; Gulart, et al., 2023).

A participação da enfermagem nesse contexto é de extrema importância, pois à ela incumbe a prestação de cuidados, e ela deve estar sempre atenta a fim de detectar precocemente qualquer complicação que o potencial doador possa apresentar, o que impactará na efetivação do transplante. Dessa maneira, destacam-se como cuidados essenciais aqueles ofertados pela equipe de enfermagem, tais quais, mudança de decúbito, verificação dos sinais vitais, administração de terapias medicamentosas, aspiração de vias aéreas, controle de balanço hídrico, elevação da cabeceira, averiguação constante de acesso, a higienização corporal e os cuidados intermitentes da córnea, entre muitos outros capazes de prevenir complicações como infecções, lesões de órgãos e instabilidade hemodinâmica (Lopes, et al., 2020).

Estudos evidenciam que uma das competências dos enfermeiros se dá por prestar uma assistência integralizada e individualizada ao potencial doador de órgãos. O profissional enfermeiro por sua vez se faz indispensável em todo o processo da ME a fim de manter a estabilidade do paciente, atentando para a perfusão adequada dos diversos sistemas, objetivando assim a boa funcionalidade dos órgãos através da estabilidade hemodinâmica (Araújo, et al., 2022).

Conforme rege a resolução do COFEN nº 611/2019, cabe ao enfermeiro o papel de notificar às Centrais Estaduais de Transplantes (CET) que há, sob seus cuidados, um potencial doador. Uma das partes mais importantes no processo de identificação da possível ME é a manutenção do potencial doador, aliada a outras como a recepção e acolhimento da família. Outras responsabilidades direcionadas ao enfermeiro são documentar, registrar e arquivar o processo de doação/transplante no prontuário do doador (Conselho Federal de Enfermagem, 2019).

A ME está relacionada a uma lesão cerebral grave, acarretando coma não reativo e ausência de reflexos do tronco cerebral, o que eleva a pressão intracraniana ao ponto de interromper o fluxo de sangue arterial para o cérebro, o que origina distúrbios endócrino, cardiovascular e pulmonar, comprometendo a boa perfusão e oxigenação de órgãos. Dessa forma, a assistência adequada é imprescindível para efetivação do sucesso da doação, mantendo assim a vitalidade dos órgãos (Conselho Federal de Medicina, 2017).

Vale ressaltar que no ano de 2021, segundo o Ministério da Saúde (2022), houveram 5.857 registros de ME, porém, apenas 1.451 tornaram-se efetivos doadores de órgãos. Por conseguinte, é indispensável que haja conhecimento da equipe de enfermagem acerca do

processo de cuidados direcionados à paciente vítima de ME, ressaltando haver um grande impacto para que se mantenha a vitalidade dos órgãos do potencial doador e conseqüentemente a efetividade da doação, considerando também que a taxa de rejeição por parte das famílias foi de 37,8%.

Sendo assim, o motivo para elaboração do estudo se deu pelo interesse relacionado às boas práticas de enfermagem prestadas ao potencial doador de órgãos, atentando para os cuidados imprescindíveis para a efetivação da doação, além da relevância do tema para a vida de vários pacientes que aguardam por um transplante.

Dessa forma, surge o questionamento que norteia o presente estudo: Qual é o papel da equipe de enfermagem frente a organização dos cuidados de enfermagem prestados ao potencial doador de órgãos?

Compreende-se que os cuidados prestados ao paciente em ME tornam-se um desafio para toda a equipe de enfermagem, devendo estar apta para agir frente aos eventos fisiopatológicos presentes nesse cenário. Nesse contexto, o estudo tem por objetivo geral elucidar o papel da enfermagem frente a organização dos cuidados prestados ao potencial doador de órgãos. Trazendo como objetivos específicos: descrever as ações privativas do enfermeiro frente ao atendimento prestado ao potencial doador de órgãos, além de, identificar os cuidados prestados pela equipe de enfermagem para a manutenção fisiológica ao potencial doador de órgãos.

A metodologia do presente estudo foi caracterizada como uma pesquisa exploratória, descritiva, desenvolvida mediante um delineamento qualitativo.

Dá-se início a esse estudo com uma explanação a respeito do conceito, origem e fisiologia e também dos critérios de diagnósticos médicos da ME, seguindo-se pelas considerações relacionadas ao papel da enfermagem frente ao potencial doador de órgãos, considerando a teoria de Wanda de Aguiar Horta como norteadora desta pesquisa.

A seguir, são descritas as técnicas empregadas para conduzir a pesquisa, incluindo todos os pormenores relevantes relacionados ao assunto em questão. Isso é seguido pela exposição dos dados alcançados e a análise subsequente desses resultados, culminando nas conclusões finais do estudo.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, abordam-se tópicos como a administração na enfermagem, o modo como os profissionais exercem seu trabalho, a liderança nessa área e a teoria dos laços profissionais em enfermagem.

### 2.1 O QUE É MORTE ENCEFÁLICA

A ME se dá pelo estado clínico irreversível, onde tanto as funções cerebrais quanto a do tronco encefálico estão comprometidas, apresentando assim um estado de coma sem haver resposta a estímulos externos. A ME no Brasil é tida como a constatação de uma lesão nervosa central irreversível, ela é considerada morte, quer seja ela cínica, legal e/ou social. Tal cenário é muito comumente encontrado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde há pacientes com traumas crânio encefálico (TCE) grave, ou outras lesões cerebrais capazes de desencadear o processo de ME. A doação de órgãos é um procedimento complexo que ocorre quando o paciente é diagnosticado com ME, permitindo a avaliação cuidadosa e o consentimento para a doação de órgãos, o que pode salvar múltiplas vidas. Além disso, esse processo de doação de órgãos envolve o trabalho de uma equipe preparada e de protocolos rigorosos para garantir todos os aspectos legais e clínicos sejam respeitados, e para que os órgãos sejam mantidos em condições ideais e estejam prontos para transplante, oferecendo uma esperança renovada aos pacientes em lista de espera por órgãos vitais. Se tratando do protocolo de ME, destaca-se o papel da família diante dessa situação, uma vez que a mesma deve ser avisada e orientada, devendo assim lidar com a possibilidade de morte e o processo moroso que pode tornar-se o dinamismo de um protocolo para definição de ME (Nuevo, Rocha, 2021).

A resolução n.º 2.173/17 do Conselho Federal de Medicina (CFM) estabelece que os procedimentos para comprovação da ME devem ser iniciados em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinal e apneia persistente, desde que, sejam cumpridos os requisitos mencionados. Além disso, o quadro clínico do paciente deve apresentar lesão encefálica de causa conhecida e irreversível, ausência de fatores tratáveis que confundiriam o diagnóstico, tratamento e observação no hospital pelo período mínimo de seis horas, temperatura corporal superior a 35º graus e saturação arterial de oxigênio

acima de 94%. Sendo assim, o manejo do paciente com ME se torna um desafio ao corpo clínico do hospital, onde a equipe multidisciplinar deve possuir uma adequada compreensão acerca dos eventos fisiopatológicos que surgem após a lesão cerebral grave, atentando ao coma não reativo e a ausência dos reflexos do tronco cerebelar. Surgem distúrbios endócrinos, pulmonares e cardiovasculares que podem comprometer a perfusão e boa oxigenação dos órgãos, como intestino, pâncreas e rins, o que se não tratado, compromete a função dos órgãos que eventualmente poderiam ser doados.

Para haver a confirmação de ME, em concordância com a resolução n.º 2.173/17 do Conselho Federal de Medicina (CFM), é indispensável realização de dois exames clínicos que visam confirmar o coma não perceptivo e a ausência de função do tronco encefálico. Posto isto, o primeiro exame se dá pelo teste de apneia que ratifica a ausência de movimentos respiratórios após estimulação máxima dos centros respiratórios. Já o segundo teste, caracteriza-se por um exame complementar que constata a inexistência de reflexos que poderiam confirmar a atividade encefálica, visto que na condição de ME, não há fluxo sanguíneo intracraniano. Pode ocorrer o fenômeno conhecido como "hot nose", sendo este um aumento localizado da atividade na área da nasofaringe devido ao aumento da pressão intracraniana, que resulta no desvio do fluxo sanguíneo das artérias carótidas internas para o sistema das carótidas externas. Vale ressaltar que tais exames são de alta complexidade, dependendo de critérios como temperatura adequada e resultados laboratoriais (Araujo, et al. 2022).

## 2.2 ORIGEM E FISILOGIA DA MORTE ENCEFÁLICA

No Brasil, em 2019, foram notificados 11.400 potenciais doadores, sendo as causas neurológicas responsáveis por 85% dos óbitos. O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), são as duas principais (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2019).

Se tratando da origem da ME, de acordo com (Freitas, 2002), as principais causas que levam à ME é o TCE, a hemorragias subaracnóideas, as lesões difusas do cérebro após parada cardiorrespiratória revertida, a hemorragia cerebral espontânea maciça, as lesões isquêmicas de grande porte, as meningoencefalites e as encefalites fulminantes.

De acordo com um estudo realizado em julho de 2020, que analisou um grupo de pacientes que desenvolveu ME no período de 2016 a 2020, ficou evidente que a morte encefálica pode ocorrer devido a diversas causas, sejam elas de natureza clínica, traumática ou cirúrgica. Consequentemente, os resultados da pesquisa indicaram que a principal causa de morte encefálica foi o acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH), seguido de traumatismo cranioencefálico (TCE) e acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) (Souza, et al., 2021).

Sabe-se que o manejo hemodinâmico e hormonal precoce em paciente com ME culmina no retardo ou reversão temporária da evolução desse quadro, visto que nesse cenário há perda irrefutável das funções corticais e de tronco cerebral, acometendo também a homeostase do organismo de maneira progressiva e irreversível. Dessa maneira, ao evoluir, a ME acarreta tanto em alterações hemodinâmicas quanto em hormonais e metabólicas, o que leva a instabilidade do organismo e evolui assim para parada cardíaca, o que pode ser controlado com suporte adequado (Matos, et al., 2018).

A ME geralmente resulta da combinação de fatores que incluem um aumento na pressão dentro do crânio, uma redução no fluxo de sangue para o cérebro e a falta de oxigênio no tecido cerebral. Isso ocorre porque a maioria das causas que levam à morte encefálica desequilibram os componentes dentro do crânio, que são o cérebro, o líquido cefalorraquidiano e o sangue, responsáveis por manter a pressão intracraniana estável (Tannous, et al., 2018).

O interior do crânio contém sangue, tecido cerebral e o líquido cefalorraquidiano (LCR). A adequada interação entre esses três elementos é responsável por manter a pressão intracraniana dentro dos parâmetros normais, que variam de 50 a 200mm de H<sub>2</sub>O ou até 15mmHg (sendo considerada aceitável uma pressão de até 20mmHg). O espaço intracraniano é geralmente constante em termos de volume. Portanto, qualquer aumento em um dos elementos presentes na cavidade intracraniana leva ao deslocamento dos componentes naturais. Isso começa com a redução inicial do espaço subaracnóideo ao redor do cérebro e, em seguida, à diminuição das cavidades ventriculares devido à redução do LCR. Quando o conteúdo intracraniano aumenta de maneira gradual, permite um deslocamento suave e progressivo de uma grande quantidade de líquido para o interior do crânio. No entanto, um aumento súbito no volume resulta em um desequilíbrio precoce na relação entre volume e pressão intracraniana, devido à incapacidade de os mecanismos compensatórios se ajustarem adequadamente. Isso, por sua vez, leva a um aumento na pressão intracraniana, mesmo com pequenos acréscimos de

volume. Essa descompensação e o subsequente aumento na pressão intracraniana podem resultar no deslocamento e torção do eixo neural. Esse deslocamento e torção das estruturas cerebrais são chamados de herniações e podem ser causados tanto pelo aumento na pressão intracraniana quanto por processos expansivos que causam compressão. Além da lesão inicial que resulta no aumento da pressão intracraniana (PIC), é igualmente crucial considerar o papel das áreas com edema cerebral, as quais podem levar a um aumento ainda mais significativo na PIC. Existem três cenários clínicos que merecem atenção para prevenir ou abordar prontamente esses aumentos na PIC: o edema citotóxico (edema que ocorre dentro das células, frequentemente desencadeado pela morte neuronal, como observado em casos de grandes AVC isquêmicos), o edema vasogênico (edema que ocorre fora das células, geralmente nas áreas próximas a tumores expansivos), e o inchaço cerebral (um aumento em volume do cérebro, frequentemente observado após traumatismo cranioencefálico) (Costa, et al., 2018).

Quando a pressão dentro do crânio aumenta, ocorre uma diminuição no fluxo de sangue para o cérebro, o que resulta em falta de oxigênio para o tecido cerebral. Essa situação causa danos irreversíveis às células nervosas, pois há mudanças na forma como as substâncias entram e saem das células e ocorrem desequilíbrios nos níveis de eletrólitos no interior da célula. À medida que o cérebro e o tronco encefálico sofrem danos progressivos, várias funções vitais do corpo são comprometidas. Isso inclui a perda de controle da temperatura corporal, com uma tendência à manutenção de temperaturas muito elevadas (hipertermia) ou, mais frequentemente, temperaturas muito baixas (hipotermia) (Tannous, et al., 2018).

Comumente é observada uma instabilidade na circulação sanguínea. Em uma fase inicial, ocorre um aumento considerável na atividade autonômica, com a liberação abundante de neurotransmissores e hormônios, o que pode resultar em hipertensão e aumento da frequência cardíaca. Em seguida, é possível que ocorra uma queda na pressão arterial, que requer o uso de medicamentos vasoativos. A diminuição do hormônio antidiurético (ADH ou vasopressina) provoca desequilíbrios no nível de sódio, levando ao desenvolvimento de diabetes insipidus. Isso pode aumentar o risco de hipernatremia e afetar a quantidade de fluido fora das células. Além disso, pode ocorrer a perda de outros componentes que regulam o equilíbrio de eletrólitos (Tannous et al., 2018).

O ADH é uma substância composta por nove aminoácidos que é produzida no hipotálamo. É bem conhecido na comunidade científica por desempenhar funções cruciais no controle do equilíbrio osmótico do corpo, na regulação da pressão arterial, na manutenção da homeostase do sódio e no funcionamento adequado dos rins. Dada a sua importância em diversas funções do organismo, não é surpreendente que o ADH tenha uma relevância clínica significativa. Esse hormônio exerce seu maior impacto na capacidade dos rins de reabsorver água. Na presença do mesmo, ocorre a ativação de proteínas transportadoras de água no final do túbulo distal e no ducto coletor, resultando em um aumento na reabsorção de água. Distúrbios na regulação da secreção de ADH podem levar ao surgimento de várias condições de doença no corpo (Soares, et al., 2022).

Em estados de baixa volemia ou elevados níveis de sódio no sangue, o hormônio antidiurético (ADH) é liberado pela glândula pituitária posterior e se liga ao receptor tipo 2 nas células principais do ducto coletor renal. Essa ligação desencadeia uma cascata de eventos intracelulares que envolve a produção de monofosfato de adenosina cíclico (cAMP), resultando na fosforilação da proteína aquaporina-2 (AQP2). Quando o equilíbrio hídrico é alcançado no organismo, os níveis de ADH diminuem, levando à internalização da AQP2 a partir da membrana plasmática das células do ducto coletor, restaurando assim a sua integridade original. Sendo assim, ao haver desequilíbrio do ADH, tem-se o risco de hipernatremia, pois quando há um aumento nos níveis de sódio no corpo, a concentração de solutos no ambiente extracelular aumenta. Isso provoca um movimento da água do interior das células para o ambiente extracelular, levando à desidratação das células, inclusive as do cérebro. Esse processo pode resultar em sintomas neurológicos (Soares, et al., 2022).

Considerando que a isquemia do sistema nervoso central (SNC) com consequente acometimento retro-caudal do tronco-encefálico, resulta no aumento da pressão intracraniana, desenvolvendo papel central na evolução da ME. Por conseguinte, ocorre uma mistura de estimulação vagal e simpática ocasionando em bradicardia e hipertensão, conhecida como reflexo de Cushing, originada pela isquemia pontina. Em seguida a esta reação, ocorre a disfunção do bulbo que leva a alterações conhecidas como tempestade simpática, a qual se dá por um quadro de hipertensão severa e taquicardia. Ao ocorrer a herniação total do tronco encefálico, por compressão do cérebro, tem-se a perda do tônus simpático e consequentemente a perda do tônus vascular com hipotensão. É importante destacar que a tempestade simpática

pode desenvolver-se em maior ou menor intensidade, a depender principalmente do tempo decorrido para que a hipertensão intracraniana se instale, visto que quanto mais lento maior a acomodação cerebral e menor a liberação de catecolaminas. Além disso, o autor cita que se associa na evolução da instabilidade hemodinâmica na ME também os fatores relacionados a doenças de base, como hipovolemia, hipotermia, trauma, hemorragias e entre outros (Matos, et al., 2018).

### 2.3 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICOS MÉDICOS DE MORTE ENCEFÁLICA

A definição ME envolve aspectos legais e médicos que são respaldados por documentos e regulamentos aceitos internacionalmente. No Brasil, em 2017, com o objetivo de proporcionar diagnósticos mais precisos aos pacientes, o Conselho Federal de Medicina (CFM) estabeleceu uma nova resolução (nº 2.173/2017) para os critérios de diagnóstico de ME, que a define como a perda completa e irreversível das funções cerebrais, incluindo a cessação das atividades corticais e do tronco encefálico.

Uma pessoa não é considerada morta somente devido à interrupção da respiração ou à parada cardíaca. Essas condições podem, tecnicamente, ser revertidas por meio de manobras de ressuscitação cardiorrespiratória e tratamento nas UTIs. No entanto, se uma parada cardiorrespiratória (PCR) persistir por mais de três a cinco minutos, o sangue oxigenado não alcançará o cérebro de forma adequada, o que pode resultar em uma lesão cerebral grave, irreversível e incompatível com a vida. Nesse cenário, os cuidados intensivos nas UTIs podem manter o corpo com uma aparência normal, corado e com os órgãos funcionando por alguns dias ou semanas. No entanto, isso não altera o fato de que, no caso dessa pessoa, o cérebro está irremediavelmente lesionado e não funcional. Situações semelhantes podem ocorrer em casos de lesões cerebrais graves, como traumatismos cranianos, acidentes vasculares cerebrais e outras condições que resultam em danos cerebrais incompatíveis com a vida (Silvado, 2018).

O conceito de "morte" é ancestral e tem raízes antigas na humanidade. Em contraste, a noção de ME é relativamente recente, tendo se tornado possível graças ao desenvolvimento das UTIs há cerca de 50 anos. É compreensível, portanto, que haja desconfiança e falta de conhecimento na sociedade em relação a essa forma de definição da morte. No entanto, podemos garantir a todos que o método de determinação da ME estabelecido pelo Conselho

Federal de Medicina nos proporciona certeza absoluta de que uma pessoa em tal condição está, sem dúvida, e de forma irreversível, morta (Silvado, 2018).

De acordo com as novas diretrizes do CFM, para confirmar a morte encefálica, é necessário o aval de dois médicos qualificados, não sendo obrigatória a participação de um neurologista nesse processo. Portanto, médicos com especialização em medicina intensiva (adulto ou pediátrica), neurologia (adulto ou pediátrica), neurocirurgia ou medicina de emergência também podem estar aptos a confirmar a ME, ou qualquer outro médico, desde que capacitado pelas centrais estaduais de transplantes. Portanto, o novo protocolo não exige que ambos os profissionais sejam especialistas, mas sim que estejam adequadamente treinados para conduzir o diagnóstico.

Conforme a Resolução nº 2.173 de 23 de novembro de 2017, os médicos são considerados capacitados para diagnosticar a ME após completar um ano de experiência no atendimento de pacientes em coma, desde que tenham acompanhado ou realizado no mínimo dez diagnósticos de ME.

O reflexo fotomotor envolve a transmissão de informações sensoriais pelo nervo óptico (NC II), cujos núcleos estão localizados no tálamo, e a resposta motora é mediada pelo nervo oculomotor (NC III) no mesencéfalo. Em pacientes com morte encefálica, as pupilas devem apresentar dilatação média ou completa (3 a 9 mm) e estar alinhadas no centro da íris. A forma da pupila não é relevante para o diagnóstico de morte encefálica, mas sim a sua capacidade de reagir a estímulos luminosos. O reflexo córneo-palpebral, por sua vez, ocorre quando o nervo trigêmeo (NC V), cujos núcleos estão localizados na ponte, transmite informações sensoriais como via aferente. A resposta motora é mediada pelo nervo facial, que também tem seus núcleos na ponte (Triches, 2019).

O reflexo óculocefálico é iniciado com a informação sensorial transmitida pelo nervo vestibulo-coclear (NC VIII), cujos núcleos estão na região da ponte. No entanto, a resposta motora envolve os nervos que controlam os músculos externos do olho, que são o nervo oculomotor (NC III), troclear (NC IV) e abducente (NC VI). Vale destacar que esse exame envolve movimentação da cabeça e, por essa razão, não deve ser realizado em pacientes com lesões cervicais. A informação sensorial que dá origem ao reflexo vestibulo-calórico é transmitida pelo nervo vestibulo-coclear (NC VIII), cujos núcleos estão na região da ponte. A resposta motora envolve os nervos que controlam os músculos externos do olho, que são o

nervo oculomotor (NC III), abducente (NC VI) e troclear (NC IV). Esses nervos têm seus núcleos localizados no fascículo longitudinal medial, localizado na transição entre o mesencéfalo e a ponte. Para testar esse reflexo, o primeiro passo é realizar uma otoscopia para verificar se não há obstruções no canal auditivo (Triches, 2019).

O reflexo de tosse pode ser examinado, já que também ocorre a nível do tronco encefálico. Nesse caso, o nervo glossofaríngeo (NC IX) atua como via aferente do reflexo, com seus núcleos situados no bulbo, enquanto a via eferente é mediada pelo nervo vago (NC X), cujos núcleos também estão localizados no bulbo. Devido à posição mais baixa no encéfalo, em situações de lesões cerebrais superiores, frequentemente, esse reflexo pode ser um dos últimos a desaparecer na progressão de pacientes com morte encefálica (Triches, 2019).

Abaixo estão listados os exames necessários para o diagnóstico de ME:

Quadro 1 - Exames clínicos

<b>EXAMES CLÍNICOS</b>		
<b>Objetivo:</b> visam demonstrar de forma inequívoca a existência do coma não perceptivo, bem como a ausência de reatividade supraespinhal. Deve haver dois exames clínicos, onde cada um deve ser realizado por um médico diferente, especificamente capacitado a realizar esses exames diagnósticos.		
<b>REFLEXO</b>	<b>CRITÉRIOS PARA MORTE ENCEFÁLICA</b>	<b>MÉTODO UTILIZADO</b>
<b>Fotomotor</b>	As pupilas deverão estar fixas e sem resposta, podendo ter contorno irregular, diâmetros variáveis ou assimétricos.	Estimulação luminosa intensa com auxílio de lanterna.
<b>Córneo-palpebral</b>	Ausência de resposta de piscamento à estimulação direta do canto lateral inferior da córnea.	Realiza-se gotejamento de soro fisiológico gelado ou gaze embebida em soro fisiológico, ou água destilada.
<b>Oculocefálico</b>	Ausência de desvio do(s) olho(s) durante a movimentação rápida da cabeça no sentido lateral e vertical. Exame conhecido como “olho de boneca”.	O paciente deve estar com a cabeça e pescoço alinhados e centrados na linha média. Então, o reflexo é

		testado com a movimentação rápida em rotação lateral da cabeça.
<b>Vestíbulo-calórico</b>	Ausência de desvio do(s) olho(s) durante um minuto de observação, após irrigação de soro fisiológico gelado no conduto auditivo externo.	Realizar irrigação do conduto auditivo externo com 50ml a 100ml de água fria ( $\pm 5$ °C), com a cabeça colocada em posição supina e a 30°. O intervalo mínimo do exame entre ambos os lados deve ser de três minutos. Realizar otoscopia prévia para constatar a ausência de perfuração timpânica ou oclusão do conduto auditivo externo por cerume.
<b>Tosse</b>	Ausência de tosse ou bradicardia reflexa à estimulação traqueal com uma cânula de aspiração.	Estimulação delicada da carina traqueal com a introdução de cânula de aspiração pelo tubo orotraqueal.

**Fonte:** Conselho Federal de Medicina, 2017.

A avaliação da ME requer a realização do teste de apneia, que é um requisito fundamental. A apneia é definida como a ausência de movimentos respiratórios espontâneos, mesmo após uma estimulação intensa do centro respiratório, que é alcançada quando a pressão parcial de dióxido de carbono (PaCO<sub>2</sub>) excede 55 mmHg. O método proposto garante essa estimulação máxima, evitando a ocorrência simultânea de baixos níveis de oxigênio no sangue e minimizando o risco de complicações. Durante a execução dos procedimentos para determinar a morte encefálica, os pacientes devem cumprir os seguintes critérios: manter uma temperatura corporal (medida no esôfago, bexiga ou reto) acima de 35°C, uma saturação arterial de oxigênio superior a 94% e uma pressão arterial sistólica igual ou superior a 100 mmHg, ou uma pressão arterial média igual ou superior a 65 mmHg no caso de adultos (Matos, et al., 2018).

O diagnóstico de morte encefálica se baseia na confirmação da ausência de funcionamento do tronco encefálico, que é estabelecida pela ausência de seus reflexos durante o exame clínico e pela falta de movimentos respiratórios no teste de apneia. Além disso, é imprescindível realizar exames adicionais para demonstrar de forma inequívoca a ausência de perfusão sanguínea ou atividade elétrica e metabólica no cérebro, e documentar a confirmação desse estado. A escolha do exame complementar a ser realizado deve ser baseada na situação clínica do paciente e nas instalações disponíveis, sendo necessário fornecer uma justificativa adequada no prontuário médico (Matos, et al., 2018).

O exame complementar pode ser realizado em qualquer fase do processo de determinação da ME, contanto que se atendam aos critérios clínicos específicos para o diagnóstico correto, em vez de ser feito apenas ao término do protocolo, o que evita gastos desnecessários. Um diagnóstico preciso e oportuno da ME, combinado com uma explicação adequada da situação do paciente aos seus familiares por um profissional de saúde, tem o potencial de aumentar o número de transplantes no país, reduzir custos com procedimentos médicos inapropriados, evitar a prolongação do sofrimento da família e do paciente, e contribuir para uma maior disponibilidade de órgãos para transplantes (Neto, et al., 2019).

Realizar exames complementares é uma opção de acordo com a maioria das diretrizes internacionais, visto que o diagnóstico de morte encefálica é considerado fundamentalmente clínico. No entanto, no Brasil, a exigência de exames complementares ainda é obrigatória. Essa obrigatoriedade é estabelecida para assegurar a precisão do diagnóstico, especialmente em situações onde fatores que podem causar confusão, como envenenamento, uso de medicamentos que afetam o sistema nervoso central ou alterações metabólicas resultantes de doença hepática ou renal, podem estar presentes (Westpha, et al., 2021).

Quadro 02 - Testes complementares

<b>TESTES COMPLEMENTARES</b>			
<b>Testes</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Crítérios para ME</b>	<b>Como realizar o teste</b>

Apneia	Comprovar a ausência de movimentos respiratórios após a estimulação máxima dos centros respiratórios.	Deverá ser realizado uma única vez por um dos médicos responsáveis pelo exame clínico e deverá comprovar ausência de movimentos respiratórios na presença de hipercapnia ( $\text{PaCO}_2$ superior a 55mmHg).	Instalar oxímetro digital e colher gasometria arterial inicial; Desconectar ventilação mecânica; Estabelecer fluxo contínuo de $\text{O}_2$ por um cateter intratraqueal ao nível da carina (6L/min), ou tubo T (12 L/min) ou CPAP (até 12 L/min + até 10 cm HO); Observar a presença de qualquer movimento respiratório por dez minutos; Prever elevação da $\text{PaCO}_2$ de 3 mmHg/min em adultos e de 5 mmHg/min em crianças para estimar o tempo de desconexão necessário. Colher gasometria arterial final; Reconectar ventilação mecânica.
Exame Complementar	Ratificar a inexistência de atividade encefálica.	O exame complementar deve comprovar de forma inequívoca uma das condições a seguir: ausência de perfusão sanguínea encefálica (intracraniana), ausência de atividade metabólica encefálica, ou ausência de atividade elétrica encefálica.	Deve-se realizar um dos exames a seguir, considerará a situação clínica e as disponibilidades locais, devendo ser justificada no prontuário: arteriografia cerebral; eletroencefalograma; doppler transcraniano; cintilografia, SPECT Cerebral.

Fonte: Conselho Federal de Medicina, 2017.

## 2.4 PAPEL DA ENFERMAGEM FRENTE AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS

Conforme rege a lei n.º 10.211 de 2001, os responsáveis pela tomada de decisão relacionado a retirada de órgãos e tecidos são os familiares dos pacientes em morte encefálica. Essa decisão pode ser afetada por fatores emocionais, incluindo o desespero, o estado de choque emocional, o sofrimento, a fase de negação relacionado da morte, a esperança que o paciente retorne à vida, conflitos familiares no processo de decisão, além da falta de conhecimento e desconfiança com o pedido de doação.

Na doação de órgãos, a recusa familiar é um grande desafio devido a crenças, falta de entendimento da ME e problemas no processo. Os enfermeiros desempenham um papel vital ao informar e apoiar as famílias do doador, destacando a importância da abordagem ética e respeitosa. O suporte prestado aos familiares é fundamental para o enfermeiro explicar a situação. Ter um relacionamento positivo com a família cria um ambiente propício para a decisão de doar órgãos. Além disso, é crucial que o enfermeiro permita que a família permaneça junto do ente querido pelo maior tempo possível, o que facilita o processo de doação.

Buscando dados referentes a não concretização da doação de órgãos de potenciais doadores notificados nos estados brasileiros, entre janeiro e março de 2019, encontrou-se 2.722 notificações de possíveis doadores, dessas foram efetivadas apenas 1.588 e 621 foram recusadas, por motivos principais de contraindicação médica, a PCR e a ME não confirmada (Associação Brasileira de Transplante, 2019).

O momento mais crucial durante o procedimento de captação de órgãos é a abordagem junto à família do potencial doador. Nesse contexto, é fundamental que o profissional seja claro e sensível, apresentando a doação como uma possibilidade e não como uma imposição. Ao fazer isso, o profissional deve destacar a oportunidade de proporcionar esperança e uma chance de vida a outra pessoa. É importante ressaltar que o papel do profissional não é impor a sua perspectiva a respeito da doação ou julgar como equivocada a decisão da família em recusar a doação. Em vez disso, sua função principal é esclarecer, respeitar e apoiar a decisão tomada pela família. No entanto, reconhecer o aspecto humano envolvido nesse processo é crucial, pois desempenha um papel significativo como facilitador na tomada de decisão da família (Silva, et al., 2020).

A gerência do cuidado aos pacientes em morte encefálica articula-se com diversos setores e profissionais. Sendo assim, relacionam-se os cuidados relativos à monitoração e suporte hemodinâmico do cliente, manutenção da temperatura corporal, controles do balanço hidreletrolítico, glicêmico, nutricional, necessidade de transfusões, manutenção e controle de diurese e demais recomendações para doação de órgão específicos como os cuidados assistenciais realizados ao paciente em morte encefálica (Magalhães, et al., 2019).

As ações privativas do enfermeiro abrangem o planejamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos procedimentos de enfermagem que serão dispostos tanto ao doador quanto ao receptor, assim como a assistência no período perioperatório, quando efetivada o explante dos órgãos. Já aos técnicos de enfermagem cabe executar as tarefas conforme sua competência técnica, a qual é estabelecida pela Lei do Exercício Profissional, sendo prescrita e supervisionada pelo enfermeiro, tendo como objetivo a viabilização dos órgãos para transplante, devendo atender às necessidades fisiológicas básicas do potencial doador, dentre todos os cuidados (Conselho Federal de Enfermagem, 2019).

Destaca-se a importância no reconhecimento antecipado da ME, o que diminuirá os riscos de instabilidade hemodinâmica, metabólica, eletrolítica, infecções ou até mesmo uma parada cardiorrespiratória (PCR). As doações de órgãos e tecidos são vistas como um processo complexo e multifacetado, onde há um conjunto de ações que objetivam transformar um potencial doador em um doador efetivo. Vale ressaltar que o enfermeiro possui um papel preponderante em todas as etapas desse processo, desde a identificação precoce do potencial doador, avaliação do mesmo, prestação de cuidados e manutenção ao paciente e também o acolhimento direcionado às pessoas significativas para ele (Trigo, 2021).

A seguir, será apresentado uma tabela com os cuidados de enfermagem prestados ao potencial doador de órgãos conforme dados disponibilizados por *European Comitee on Organ Transplantation*, 2018, assim sendo, tais procedimentos necessitam de uma monitorização rigorosa por parte dos enfermeiros porque essas medidas visam manter a funcionalidade dos órgãos.

Quadro 03 - Cuidados de enfermagem prestados ao potencial doador de órgãos

<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS</b>		
<b>Alterações</b>	<b>Cuidados</b>	<b>Objetivo</b>
Temperatura ambiente	Observar temperatura ambiente.	Manter a temperatura ambiente entre os 22-24 °C.
Cabeceira	Elevar a cabeceira entre 30 e 40°.	Evitar broncoaspiração de secreções e prevenir infecções pulmonares.
Integridade da pele	Alternar decúbito a cada 2 horas.	Prevenir alterações na integridade da pele.
Cavidade oral	Realizar higiene oral.	Reduzir a flora bacteriana e prevenir infecções pulmonares.
Cuff do tubo orotraqueal	Manter cuff calibrado entre 20 e 30 mmHg.	Evitar lesão da traqueia caso esteja hiperinsuflado ou que ocorra infecção pulmonar por aspiração de secreção ou saliva caso o cuff esteja pouco insuflado.
Nutrição	Realizar sondagem gástrica ou entérica.	Propiciar a alimentação e aporte glicêmico, calórico, proteico, dentre outros.
Temperatura corporal	Colocar termômetro central (esofágico).	Avaliar a temperatura continuamente e manter entre 35 e 37,5 °C.
Débito urinário	Realizar sondagem vesical de demora.	Controlar débito urinário com precisão e alcançar níveis de 3 a 4 ml/kg/h.
Glicemia	Avaliar glicemia a cada 6 horas.	Manter glicemia entre 120 e 180 mg/dl.
Sinais Vitais	Manter paciente com	Atentar para traçado

	monitorização contínua.	eletrocardiográfico, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, pressão arterial, pressão venosa central, ou outros, conforme situação clínica.
Hemorragias	Vigiar sinais de hemorragia, como gengivorragia, hematúria e locais de punção vascular.	Observar sinais de alteração na coagulação.
Córneas	Cerrar pálpebras e realizar aplicação de colírio e/ou soluções lubrificantes.	Preservação de úlceras de córneas.
Exames laboratoriais	Coletar sangue e urina para hemocultura e urocultura respectivamente.	Descartar infecções e/ou iniciar tratamento precoce, mesmo que empírico.
Dispositivos	Vigiar locais de inserção de dispositivos com frequência, observando sinais flogísticos e/ou secreções.	Prevenir infecções.
Infecção cruzada	Manter medidas de assepsia, como higiene das mãos, isolamento de contato ou outros.	Evitar a infecção cruzada.
Ventilação mecânica	Avaliar capnografia, volume ventilatório, pressão de suporte ventilatório, entre outros.	Manter padrão respiratório satisfatório para oxigenação tecidual.

**Fonte:** *European Comitee on organ transplantation*, 2018.

A equipe de enfermagem é também responsável por monitorar as funções hemodinâmicas, devendo a pressão arterial estar dentro da normalidade e controlada de maneira invasiva com auxílio da infusão de cristaloides aquecidos e/ou uso de drogas vasoativas, como noradrenalina e vasopressina à critério médico. A verificação de sinais de hipofluxo e as medidas de pressão venosa central (PVC). Desta maneira, ao atentar para esses parâmetros hemodinâmica, também se previne possíveis arritmias (Sindeaux, et al., 2020).

É crucial destacar a instabilidade hemodinâmica como um ponto chave a ser monitorado atentamente. Esse estado se manifesta especialmente durante episódios de hipotensão, resultando na redução da perfusão tecidual, destaca-se o método da monitorização invasiva como a mais eficaz para a vigilância deste parâmetro vital, onde deve-se manter os valores de pressão arterial média  $> 65$  mmHg, uma pressão arterial sistólica  $> 90$  mmHg, e uma PVC entre 6 e 10 mmHg. Além disso, há também a hipovolemia e a hipernatremia, oriundas do aumento do débito urinário com valores superiores a 4 mm/h/kg, que pode ser multifatorial, mas, frequentemente está associado ao diabetes insípido (DI), sendo a desmopressina empregada para tratar tal doença, visto que possui ações nos receptores V2 (antidiuréticos) e poucas ações hemodinâmicas. Para isso indica-se o controle do balanço hídrico rigoroso, devendo atentar-se para as perdas e a infusão de soros e medicações líquidas, as quais devem ser administradas mediante seringas e bombas infusoras, visando a exatidão na administração de líquidos, nem o excesso, o que pode acarretar em edema agudo de pulmão, nem a falta, o que causa hipotensão e hipoperfusão tecidual (Bergamo, et al, 2019; Santos, 2021).

Faz necessário atentar-se a avaliação do pH, que devem ser de dosado frequentemente na gasometria arterial e deve se manter entre 7,35 a 7,45, pois caso haja uma divergência desses valores, há alterações metabólicas graves, com perda da responsividade aos medicamentos, arritmias, hipotensão, alterações na condução miocárdica, alterações hidreletrolíticas, desequilíbrio ácido-base, entre outros (Santos, 2021).

Em vista disso, a ME acarreta uma série de distúrbios autonômicos e hemodinâmicos que causam instabilidade cardiocirculatória e da perfusão tissular que levam a parada cardíaca, o que é natural, visto que o paciente se encontra em óbito. Após a confirmação de ME, as funções cardiocirculatórias e respiratórias devem ser mantidas com auxílio de ventilação mecânica, drogas vasoativas e aquecimento artificial por tempos variáveis. Por conseguinte, tratando-se da ventilação mecânica (VM) ressalta-se que podem ocorrer lesões pulmonares conforme o estado clínico do paciente, assim sendo, em situações de ME deve-se adaptar a ventilação para uma estratégia protetora, onde os parâmetros do ventilador devem ser adaptados para atingir algo em torno de: volume total inspiratório de 6 a 8ml/kg, FiO<sub>2</sub> mínima para uma PaO<sub>2</sub> entre 80 e 100%, frequência respiratória para obter uma PaCO<sub>2</sub> entre 35 e 45 mmHg. As colheitas de gasometrias arteriais devem ser periódicas, objetivando a prevenção de acidose ou alcalose respiratória ou metabólica (Santos, 2021; Silva, et al., 2018).

Por conseguinte, considerando a necessidade da VM, é indispensável que medidas sejam tomadas afim de prevenir infecções pulmonares, como a pneumonia associada a ventilação mecânica. A prática da higienização das mãos é amplamente reconhecida como uma medida altamente eficaz na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Isso ocorre porque ela contribui para a redução da quantidade de microrganismos presentes na pele, interrompe a propagação de doenças e cria obstáculos para a transmissão cruzada de agentes infecciosos (Costa, et al., 2021).

Manter a cabeceira da cama do paciente elevada a um ângulo de 30° a 45° é uma medida simples e eficaz na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM). Além disso, monitorizar a pressão do cuff do tubo orotraqueal e realizar a higiene oral com peróxido de hidrogênio ou digluconato de clorexidina são práticas recomendadas. O uso de um sistema fechado para a aspiração de secreções contribui para reduzir riscos de desconexão do ventilador mecânico e disseminação de patógenos e a troca do filtro umidificador deve ser feita em caso de condensação, sujeira ou danos, com variação no prazo de validade conforme estudos (Costa, et al., 2021).

Ademais, ao abordar as medidas de prevenção das IRAS, tem-se os cateteres como itens que mais trazem riscos de infecção. O procedimento de inserção do cateter venoso central (CVC) pode ser realizado nas veias jugular, subclávia ou femoral. No entanto, a opção preferencial é a subclávia, seguida das veias jugular e femoral, devido ao menor risco de colonização na primeira, à proximidade da orofaringe e à dificuldade de fixação na jugular, bem como à alta taxa de colonização e ao maior risco de trombose venosa profunda na femoral.

O enfermeiro deve prestar atenção aos anexos dos cateteres, como conectores sem agulha e tampas, que podem ser locais potenciais de contaminação intraluminal, exigindo aderência estrita às medidas de prevenção de infecções. Durante a manutenção dos cateteres, o profissional deve lavar as mãos antes e após o contato com o CVC, friccionar as conexões do cateter com antisséptico, usar luvas ao manusear o cateter, realizar curativos no local de inserção do CVC com clorexidina alcoólica e gaze estéril ou filme semipermeável transparente, seguir uma rotina de troca de equipos e conectores, identificá-los e avaliar diariamente a necessidade de manutenção. Além disso, a salinização do acesso do cateter deve ser realizada para manter a permeabilidade, pois a ausência desse procedimento pode obstruir o vaso

sanguíneo, causando desconforto ao paciente e a necessidade de uma nova punção (Fernandes, et al., 2019; Lanza, et al., 2019).

A temperatura corporal, por sua vez, deve ser monitorada e regulada rigorosamente, uma vez que a mesma se dá por um importante parâmetro no potencial doador, considerando que neste caso o paciente não possui habilidades hemodinâmicas que controlam a temperatura, o que é originado pela lesão no centro regulador. Como consequência disso, ao tornar-se susceptível a perda de calor para o ambiente, o paciente não possui estímulos que levem a produção de calor, como o ato de tremer, por exemplo, o que se torna um aspecto ainda mais negativo quando relacionado a grandes infusões de líquidos não aquecidos, acarretando queda brusca da temperatura. Para isso, como medidas que minimizem esse risco, a equipe de enfermagem deve fazer uso de mantas térmicas, aquecer o ambiente e os gases do ventilador, infundir líquidos aquecidos e principalmente monitorar a temperatura para prevenir danos decorrentes da hipotermia (Sindeaux, et al., 2020).

Por conseguinte, de acordo com Silva et al., (2018), a temperatura deve ser mantida entre 36 e 37,5 °C, ou seja, o mesmo parâmetro considerado ideal para os demais indivíduos. Sendo assim, no potencial doador deve atentar-se para este aspecto porque com a ME tem-se uma hipotermia progressiva, o que leva a temperatura corporal igualar-se com a temperatura ambiente. Por conseguinte, a manutenção da temperatura visa manter viáveis os órgãos a serem transplantados, prevenindo os efeitos da hipotermia, como coagulopatias e hipoperfusão tecidual, o que pode comprometer o transplante.

Devido ao fato de que o diagnóstico é obrigatório, sendo sua notificação compulsória, vale ressaltar que o órgão incumbido de receber esses casos é a CET de cada estado. Sendo assim, após a notificação e posterior abertura do protocolo de ME, o paciente passa a ser visto como um potencial doador de órgãos, o que dá início a conversação com os familiares acerca da situação. Tal momento deve ser realizado com cautela por atualmente a doação de órgãos dever apenas ser realizada com o consentimento de familiares de primeiro ou segundo grau ou pelo cônjuge do falecido (Moura, et al., 2021).

Com o diagnóstico de ME, outro ponto relevante é a atenção prestada aos familiares do paciente, uma vez que os mesmos encontram-se fragilizados. Tendo em vista que é uma ação multiprofissional, a equipe de enfermagem possui papel fundamental nesse cenário,

destacando-se que a boa comunicação e humanização na prestação de cuidados são pontos cruciais para haver o sucesso no transplante de órgãos (Sindeaux, et al., 2020).

## 2.5 TEORISTA DE ENFERMAGEM: WANDA DE AGUIAR HORTA

Considera-se que atualmente os setores hospitalares ainda prestam um cuidado mecanizado, o que faz com que não haja a devida atenção aos aspectos biopsicossociais. Dessa maneira, o enfermeiro possui o papel de observar e implementar uma assistência holística que irá abranger todas as necessidades tanto do paciente quanto a de seus familiares (Ouchi, 2018).

Vale ressaltar que a implementação de uma teoria na assistência de enfermagem é reconhecida pelo Conselho Federal de Enfermagem na resolução n.º 358/2009, descrevendo assim a importância dessa relação para que esta sirva de suporte para o processo de enfermagem, bem como sua aplicabilidade de forma organizada e dinâmica. Conseqüente, tem-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) uma vez que embasada em uma teoria de enfermagem acarreta prestação de um cuidado mais ampliado, mantendo-se a integralidade de cada paciente (Conselho Federal de Enfermagem, 2009).

A teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Aguiar Horta dispõe de uma assistência com foco no holismo, abordando assim as necessidades biopsicossociais. Por conseguinte, nota-se que o ambiente hospitalar possui como marcador a impessoalidade no ato de cuidar, onde a subjetividade das relações humanas pode ser vista como complementar, dispensável ou ausente, acarretando análise simplificada das dimensões em assistência de enfermagem. Logo, nota-se que esses setores são vistos como um ambiente no qual a realização de procedimentos mecanicistas se mantém como foco de atuação, porém, não se deve resguardar para segundo plano os cuidados pertinentes ao ser subjetivo do paciente grave (Santos, et al., 2019).

Tendo isso em vista, compreende-se que a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta contribui com a visão de que “enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover saúde em colaboração com outros profissionais.

Os princípios da teoria das necessidades humanas básicas desenvolvida por Wanda de Aguiar Horta concordam com a visão do empoderamento do enfermeiro no cenário da doação de órgãos e tecidos, ao afirmar que a enfermagem é responsável por ajudar o ser humano a atender suas necessidades básicas, tornando-o autônomo sempre que possível através do ensino de autocuidado, além de colaborar com outros profissionais para recuperar, manter e promover a saúde (Martins, et al., 2018).

O empoderamento é amplamente reconhecido como um elemento vital para a eficácia da gestão organizacional e é amplamente abordado nos estudos que se dedicam à administração de organizações. No contexto da enfermagem, o nível de empoderamento dos enfermeiros está intimamente ligado ao seu acesso às decisões, habilidade de colaboração com a equipe e compartilhamento de controle. Esse empoderamento estrutural tem impactos significativos na satisfação e autonomia profissional, no controle sobre a prática, no processo decisório e no compromisso tanto com a organização como com a profissão de enfermagem (Moura, 2019).

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, serão discutidas as estratégias metodológicas que orientaram a condução deste estudo, incluindo detalhes sobre o tipo de pesquisa, o local de realização, o grupo populacional envolvido, os métodos de coleta e análise de dados, bem como as considerações éticas que asseguraram o cumprimento adequado das fases propostas.

#### 3.1 MODALIDADE DA PESQUISA

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo do tipo exploratório.

É importante ressaltar que a pesquisa qualitativa é uma expressão genérica, onde esta apresenta uma investigação de forma específica e possui características de traços comuns. É observado nesse método de pesquisa dois pontos importantes, onde um se dá pela peculiaridade e o outro pelas modalidades dos tipos de investigação. Á vista disso, a pesquisa qualitativa originou-se na antropologia de maneira parcialmente naturalística, passando a ser conhecida como investigação etnográfica (Lara; Molina, 2015).

#### 3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo ocorreu junto a um hospital filantrópico, de grande porte, localizado no interior de Santa Catarina. A instituição presta assistência aos residentes do município em que está situada, além de atender também aos habitantes de municípios próximos, sendo referência para atendimentos em algumas especialidades, dentre elas, neurocirurgia. Os pacientes acessam os serviços via pronto socorro, ambulatórios, encaminhamentos de outros serviços e programação de atendimentos eletivos. A pesquisa se deu nos setores de pronto socorro e unidades de terapia intensiva geral e cardíaca.

### 3.3 POPULAÇÃO E SUJEITO DE PESQUISA

O estudo foi conduzido com a participação de 28 profissionais de enfermagem vinculados à instituição parceira, a qual concedeu permissão para a realização da pesquisa (Anexo II). O pesquisador explicou os propósitos e objetivos da pesquisa e convidou os profissionais de enfermagem a participarem livre e espontaneamente. Para manifestarem o aceite, os profissionais obtiveram conhecimento do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo I) e procederem com a sua assinatura.

Considerou-se como critério de inclusão todos os profissionais de enfermagem, de ambos os gêneros, e que possuem experiência quanto a assistência prestada ao paciente potencial doador de órgãos nas unidades de terapia intensiva geral e cardíaca e no pronto socorro, dos turnos matutino, vespertino e noturno.

Já como critérios de exclusão, foram considerados os profissionais com menos de 3 meses de experiência, afastados por qualquer motivo e/ou de férias e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa. Além disso, os pesquisados que após 3 tentativas de recolhimento, não devolverem o instrumento devidamente respondido, também foram excluídos da amostra inicial.

### 3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA

Os procedimentos de coleta de dados foram iniciados mediante autorização da declaração de anuência da instituição parceira e parecer favorável (Parecer Nº 5.493.160) do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIDAVI, conforme Anexo C. A coleta de dados ocorreu mediante um roteiro de entrevista aplicado de forma autoadministrada (Apêndice I), elaborado pelo pesquisador, com perguntas abertas, que tratam de fatores inerentes a visão e a atuação dos profissionais de enfermagem frente a assistência prestada ao paciente em ME. Visando aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados, aplicou-se um teste piloto com dois participantes com perfil que se assemelham ao estudo, sendo que estes não participaram da pesquisa. O mesmo, permitiu ajustar, aprimorar e validar o roteiro de perguntas no que tange a clareza, objetividade, adequação de conteúdo e tempo para responder o instrumento. Os sujeitos de pesquisa utilizaram cerca de 10 minutos para completar o preenchimento do instrumento de

coleta e dados, e o fizeram em ambiente privativo e seguro. Destaca-se que os dados coletados são de uso exclusivo deste estudo. Os profissionais foram identificados e abordados após encaixarem-se nos critérios de inclusão propostos por esta pesquisa, contando-se com o apoio do serviço e da gerência de enfermagem da instituição para identificação dos participantes. O pesquisador apresentou-se individualmente para cada participante do estudo, apresentou a pesquisa e seus objetivos convidou-os a participar da pesquisa e então realizou a leitura e discussão do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), minimizando riscos de constrangimento. Após concordarem, livre e espontaneamente, em participar do estudo, os enfermeiros e técnicos de enfermagem assinaram o TCLE, em duas vias de igual teor, ficando uma com o pesquisador e a outra com o entrevistado. Cada profissional, que compõe uma população de 28 participantes, recebeu um questionário juntamente a sua via do TCLE, o qual ficaria com ele durante um período de 7 dias. A entrega do questionário ocorreu no próprio setor de atuação de cada profissional, em um local onde não prejudicasse a sua rotina de trabalho. Ao término, agradeceu-se a participação de cada sujeito de pesquisa.

### 3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados colhidos foram tratados respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018), sendo assim transcritos e apresentados em uma planilha do programa Microsoft Excel, gerando dessa forma um banco de dados, utilizado para a interpretação e análise dos dados.

Na sequência os dados foram categorizados conforme sistema de análises de conteúdos, proposto por Lawrence Bardin. A interpretação dos resultados encontrados na pesquisa em campo deu-se mediante comparação com a literatura encontrada e respaldado teoricamente em Wanda Aguiar Horta.

Segundo Bardin (2011), define-se como análise de conteúdo como um método empírico, sendo este um conjunto de instrumentos de caráter metodológico em progressiva evolução, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.

### 3.7 PRECEITOS ÉTICOS

O presente estudo atendeu aos preceitos éticos descritos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e na Resolução 510/2016 que complementa a primeira. Os entrevistados nessa pesquisa foram esclarecidos, de forma clara e objetiva, de todos os procedimentos adotados durante toda a pesquisa, sobre seus possíveis riscos e benefícios. Os resultados obtidos com a pesquisa foram utilizados exclusivamente nesse trabalho.

Todos os entrevistados que aceitaram participar da pesquisa, responderam ao instrumento de coleta de dados, sendo anteriormente orientados quanto à voluntariedade de sua participação, da garantia do anonimato, do direito a negar-se a participar da pesquisa, mesmo após os dados coletados, sem que isso lhe ocasione prejuízos de qualquer natureza (física, psíquica, financeira), e após todas essas informações estarem claras ao participante, o mesmo foi convidado a ler o TCLE, sendo ofertado o tempo necessário para essa leitura e a pesquisadora colocou-se à disposição para o esclarecimento de dúvidas, após, não restando nenhuma dúvida sobre os procedimentos, o participante formalizou seu aceite através da assinatura do TCLE em duas vias de igual teor, ficando uma em posse do pesquisado e uma em posse dos pesquisadores, que ficará armazenado pelo prazo de cinco anos.

A pesquisa apresentou risco mínimo, devendo-se considerar o risco de gerar desconforto emocional aos pesquisados. Quanto ao instrumento de coleta, os dados obtidos garantiram o anonimato dos participantes. Não houve necessidade de encaminhamento dos entrevistados para apoio psicológico considerando-se o risco previsto no estudo. A coleta de dados ocorreu de forma individualizada, em ambiente privativo, sendo preservado o sigilo quanto aos dados coletados. Os instrumentos de coleta de dados foram numerados, seguindo uma sequência conforme a coleta de dados e esse número substituiu o nome do participante (01, 02, 03 e assim consecutivamente).

Enquanto benefícios, o estudo prevê a oportunidade de conhecer a visão e analisar a atuação dos profissionais frente aos cuidados prestados ao potencial doador de órgãos, tema sensível e atual, de importância para a sociedade, bem como contribuir com as pesquisas futuras relacionadas à temática. Além disso, também prevê contribuição para que os profissionais possam aprimorar e desenvolver as habilidades, competências e condutas que oportunizem a organização e planejamento das ações frente ao paciente potencial doador, o alcance das metas

estabelecidas, sabendo negociar conflitos, tomar decisões estratégicas e promover formas mais cooperativas e interligadas de trabalho.

## 4 ANÁLISE DOS DADOS

Considerando os procedimentos de coleta de dados, dentre os profissionais da instituição que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, foram convidados 68 profissionais. No entanto, 32 entrevistados não manifestaram interesse em participar da pesquisa, mesmo tendo o convite reiterado em três tentativas, tendo assim seus questionários cancelados. Além disso, outros 8 profissionais desistiram durante a pesquisa, sendo também excluídos do estudo. Com isso, participaram dessa pesquisa, 20 profissionais técnicos de enfermagem e 8 profissionais enfermeiros.

A análise dos dados deu-se através da sua organização em categorias, descritos consoante a literatura e conceitos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, seguindo os princípios da análise de conteúdo indicados por Bardin.

Conforme proposto por Bardin (1988), os dados coletados foram organizados em 2 categorias, possibilitando destacar categorias e subcategorias no quadro que segue:

Quadro 04 - Categorias e Subcategorias de Análise

<b>Categorias de análise</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Apresentação do discurso</b>	<b>Apresentação do conteúdo</b>
O Manejo do paciente em ME	Organização da equipe de enfermagem para manejo do paciente em ME	“Organizamos o plantão para prestarmos mais atenção nesse paciente, sendo ele um dos nossos pacientes de maior prioridade” [14].	Aborda a forma como as equipes de enfermagem se organizam e se preparam para lidar com pacientes em ME.
	Ações privativas do enfermeiro	“Passagem de SNG junto ao termômetro esofágico e coleta de hemoculturas pós abertura do protocolo de ME, realizados exclusivamente pelo enfermeiro” [10].	Aponta as funções e responsabilidades exclusivas dos enfermeiros no cuidado de pacientes em ME.

Gerenciamento do protocolo de ME: buscando indicadores clínicos da morte cerebral	“Primeiro este paciente precisa ser identificado como provável ME. Quando há a ausência de algum reflexo, a equipe de CHT é acionada para acompanhamento mais próximo. E também fica responsável pelo acolhimento familiar” [5].	Trata da condução do protocolo para determinar a ME em pacientes
---	---	--

Fonte: Elaborado pela autoria a partir dos relatos dos entrevistados (2023).

#### 4.1 O MANEJO DO PACIENTE EM ME

A atuação da enfermagem diante do manejo de pacientes em ME é de extrema importância. Enfermeiros desempenham um papel central na coordenação dos cuidados, monitoramento das funções vitais, apoio à família, e garantindo que os protocolos estabelecidos para a confirmação da ME sejam rigorosamente seguidos. Além disso, a enfermagem desempenha um papel crucial na comunicação com os familiares, auxiliando-os no entendimento do diagnóstico e no processo de doação de órgãos, quando viável.

O cuidado compassivo e o suporte emocional fornecido pela equipe de enfermagem são essenciais para garantir o melhor atendimento ao paciente e à sua família durante esse momento delicado. Dessa forma, nesta categoria serão apresentadas as informações que integram a compreensão da equipe de enfermagem sobre o manejo do paciente suspeita de ME e potencial doador de órgãos, bem como todos os critérios por eles considerados relevantes.

##### 4.1.1 Organização da equipe de enfermagem para manejo do paciente em ME

A ME é uma condição intrincada que abarca diversos aspectos, portanto, a assistência especializada da enfermagem ao potencial doador de órgãos é crucial nesse contexto. Entre essas questões, de acordo com Fonseca et al. (2021), é fundamental compreender os impactos

fisiológicos que podem surgir em casos de morte cerebral. É crucial que os profissionais de enfermagem estejam aptos a identificar os sinais de complicações do paciente em ME e estejam atentos aos possíveis efeitos dessas complicações em órgãos específicos, que podem ser aproveitados em uma futura doação. Essa circunstância abre caminho para a implementação de intervenções precoces, visando corrigir e preservar o órgão afetado.

A assistência de enfermagem ao paciente em morte encefálica abrange o acompanhamento e suporte da circulação sanguínea, a regulação da temperatura corporal, o equilíbrio de líquidos e eletrólitos, o gerenciamento dos níveis de glicose e oxigênio no sangue, a supervisão da ingestão de nutrientes, a avaliação da necessidade de transfusões, a manutenção e monitoramento da diurese, bem como outras orientações relacionadas à doação de órgãos específicos (Magalhães, et al. 2019).

Além disso, foi constatado que a enfermagem que cuida de pacientes doadores engloba diversas atividades, como preservação, observação e preparação dos órgãos para doação, garantindo a hidratação, protegendo as córneas e mantendo a estabilidade da pressão sanguínea, bem como monitorizando todos os indicadores vitais, cruciais ao cuidado do doente grave (Fonseca, et al. 2021).

A gestão do cuidado envolve a habilidade de saber a melhor maneira de prestar atenção, cuidar e administrar, garantindo que todos esses aspectos estejam interconectados de maneira lógica. Cuidar de pacientes com diagnóstico de ME é uma tarefa complexa, pois requer que os profissionais de saúde saibam como lidar com os familiares e enfrentar desafios organizacionais e de assistência que podem afetar a prestação de cuidados que sejam acolhedores, eficazes e adaptados às necessidades individuais de cada paciente (Seixas, 2018).

O atendimento a pessoas diagnosticadas com morte ME é uma tarefa desafiadora, realizada por uma equipe multidisciplinar. Esses cuidados podem ser subdivididos em duas categorias: a dimensão técnica do cuidado, que envolve a capacidade dos profissionais em seguir protocolos e utilizar as tecnologias adequadas, e a dimensão bioética, que está relacionada com a assistência prestada ao paciente e seus familiares. As particularidades da dimensão técnica dos cuidados prestados a pacientes em ME são únicas, distinguindo-os de outros tipos de cuidados, uma vez que têm um objetivo diferente. Eles não visam a cura, mas têm como finalidade preservar a condição do indivíduo para que ele possa ser considerado um potencial doador de órgãos e tecidos. Em pacientes com morte encefálica, a dimensão técnica

do cuidado visa a possibilidade de doação de órgãos, exigindo uma abordagem específica na terapia intensiva. A equipe de enfermagem desempenha um papel central no monitoramento e tratamento dos potenciais doadores, que devem passar por monitoramento invasivo antes da confirmação da morte encefálica, visando à otimização da qualidade dos órgãos (Seixas, 2018).

Quanto à dimensão bioética do cuidar, estudos no Brasil destacaram os dilemas éticos enfrentados pelos profissionais de saúde ao cuidar de pacientes com morte encefálica. A resistência em aceitar a morte encefálica, apesar do diagnóstico, levou a uma falta de cuidado e, em casos graves, à negligência no atendimento a esses pacientes e seus familiares. Uma pesquisa com a equipe de enfermagem revelou que os pacientes em ME recebiam menos atenção, sendo vistos apenas como corpos, não como indivíduos a serem cuidados. Para melhorar a gestão do cuidado a esses pacientes, é essencial promover uma relação interpessoal baseada em cuidados que valorize a interação entre profissionais e pacientes. Além disso, os sistemas de saúde devem dar mais ênfase às relações terapêuticas, beneficiando o aspecto emocional de todos os envolvidos e fortalecendo os cuidados de saúde (Seixas, 2018).

Posto isso, na gestão de um paciente em ME, a equipe de enfermagem opera de maneira sincronizada, com papéis distintos para enfermeiros e técnicos de enfermagem. O enfermeiro, como líder, supervisiona a avaliação contínua do paciente, coordena os procedimentos necessários para a confirmação da ME e assegura a precisão da documentação, além de auxiliar no manejo clínico. Ele desempenha um papel crucial na comunicação com a família, explicando o diagnóstico e fornecendo suporte emocional. Por outro lado, o técnico de enfermagem atua sob a supervisão do enfermeiro, desempenhando tarefas essenciais para o cuidado direto ao paciente. Isso inclui a monitorização dos sinais vitais, a realização de cuidados básicos, como higiene e mudança de posição, e o fornecimento de conforto físico ao paciente, ajustes e controle de drogas vasoativas e demais medicamentos, com orientação médica, controle de diurese e balanço hídrico, vigília de alterações clínicas relevantes, dentre tantas outras. A colaboração eficaz entre enfermeiros e técnicos de enfermagem é essencial para proporcionar um cuidado abrangente e humanizado nesse contexto sensível.

A monitorização constante dos sinais vitais em pacientes em ME desempenha um papel vital na prática de enfermagem. Ela fornece informações críticas que guiam o atendimento de enfermagem, permitindo a adaptação de intervenções de suporte de acordo com as necessidades do paciente. Além disso, a monitorização contínua possui encargo na identificação precoce de

quaisquer complicações potenciais, como infecções ou disfunções orgânicas, o que é essencial para manter a qualidade dos órgãos para doação. Esses dados também desempenham um papel importante na comunicação eficaz com outros membros da equipe de saúde, garantindo uma abordagem interdisciplinar e coordenada no cuidado do paciente em morte encefálica. Em suma, a monitorização constante é um pilar essencial da enfermagem em casos de morte encefálica, contribuindo para um cuidado de alta qualidade, a segurança do paciente e o apoio à família em momentos de grande desafio.

Neste contexto, Wanda de Aguiar Horta, introduziu a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB) com o propósito de proporcionar cuidados humanizados, consoante as necessidades fundamentais do ser humano. Essa teoria se baseia na ideia de que a enfermagem é um serviço direcionado ao indivíduo e, uma vez que a enfermagem é uma parte essencial da equipe de saúde, ela deve ter a capacidade de estabelecer estados de equilíbrio, prevenir desequilíbrios e restaurá-los através do fornecimento de assistência voltada para as necessidades básicas do paciente (Horta, 1974).

Buscando-se compreender a forma de organização da equipe de enfermagem frente aos cuidados com os paciente em ME, identificou-se:

*“Os cuidados priorizados devem ser SSVV e monitorização, pois o potencial doador deve estar em condições para doação, isto é, estar com SSVV adequados e em constante monitorização” [15].*

*“Manutenção da temperatura corporal, controle de balanço hídrico e controle glicêmico. Porque com os cuidados necessários voltados a esse paciente, se tem um efeito de conservação adequada das funções vitais, as quais influenciam o potencial doador de órgãos, que se não forem controlados podem impossibilitar à doação de um dos órgãos para o transplante” [21].*

*“Procuro estar focada em reconhecer as possíveis alterações fisiológicas juntamente com toda a equipe, para o conseqüente manuseio e preservação da qualidade dos órgãos” [26].*

Observa-se, portanto, a importância que a equipe de enfermagem atribui à vigilância dos SSVV, o que reflete o profundo entendimento e a organização que adotam ao cuidar desse tipo de paciente, visto que, ao demonstrarem maior atenção a esses fatores eles reconhecem sua importância e assumem essa ação como prioritária. O acompanhamento rigoroso e contínuo dos parâmetros é fundamental para garantir a estabilidade do paciente em situação de ME, demonstrando o comprometimento e a expertise da equipe de enfermagem em assegurar a

melhor assistência possível a esses pacientes. Esse enfoque na vigilância dos SSVV ressalta a seriedade e o profissionalismo da enfermagem diante de desafios clínicos complexos.

É importante destacar a atenção dedicada aos cuidados com as córneas, garantindo a manutenção da umidade. Isso é realizado através da aplicação de gazes embebidas em água destilada ou soro fisiológico 0,9%, ou por meio da utilização de géis, colírios e lubrificantes oculares. Essas medidas visam preservar a integridade e a hidratação das córneas, sendo essenciais no cuidado do paciente.

A equipe de enfermagem dedica uma atenção especial à hidratação das córneas em pacientes em ME. Isso é de extrema importância para preservar a saúde ocular do paciente e essas medidas visam manter a córnea adequadamente umedecida, contribuindo para evitar danos à saúde dos olhos durante o período em que o paciente é mantido em cuidados intensivos. É uma demonstração do compromisso da equipe de enfermagem em proporcionar o melhor cuidado possível, considerando todos os aspectos da saúde do paciente, mesmo em uma situação desafiadora como a ME, o que pode ser observado nos seguintes relatos:

*“Cuidados para evitar ulcerações de córneas” [9].*

*“Proteção dos olhos, como não deixar abertos e sem lubrificar as córneas” [17].*

*“Procuro manter a hidratação de córneas” [20].*

No que diz respeito aos testes laboratoriais, é de grande importância destacar a avaliação das concentrações de eletrólitos e a análise da gasometria arterial para controlar os níveis de gases sanguíneos. Esses exames desempenham um papel fundamental na avaliação e na manutenção dos parâmetros fisiológicos dentro dos limites normais. Eles fornecem informações valiosas sobre o estado de equilíbrio do paciente e ajudam a garantir que os valores sanguíneos estejam dentro dos limites aceitáveis (Alves, et al., 2018).

A equipe de saúde dedica uma atenção minuciosa à avaliação dos exames realizados em pacientes em ME. Essa avaliação criteriosa dos resultados dos exames desempenha um papel vital na monitorização dos níveis de gases sanguíneos e na manutenção dos parâmetros fisiológicos dentro da faixa de normalidade. A equipe clínica está comprometida em garantir que os valores laboratoriais permaneçam dentro de limites aceitáveis, contribuindo para a gestão adequada do paciente em ME e garantindo a segurança e a estabilidade de seu estado

clínico. Com isso, a respeito da importância desse aspecto, os participantes destacam, quando perguntados sobre os cuidados prioritizados na atenção ao potencial doador de órgãos:

*“Análise de exames laboratoriais” [21].*

*“Coletar exames e analisar os resultados laboratoriais” [30].*

O diabetes insipidus central está relacionado a doenças que afetam o hipotálamo e/ou a hipófise, levando à redução ou ausência do ADH. Essa redução ou ausência desse hormônio resulta na incapacidade dos rins de concentrar a urina, mesmo quando os níveis séricos de osmolaridade estão significativamente elevados (Chirst-Crain, 2020).

O diabetes insípido é um distúrbio metabólico que se caracteriza pela incapacidade absoluta ou relativa de concentrar a urina, resultando na produção de grandes volumes de urina diluída. Isso pode ocorrer devido a uma deficiência total ou parcial da arginina-vasopressina, também chamada de hormônio antidiurético, que é produzida no hipotálamo e liberada pela hipófise posterior. Outra causa pode ser a resistência à ação desse hormônio nos túbulos coletores renais. Esse quadro se manifesta clinicamente por meio de sintomas como sede excessiva (polidipsia), produção urinária aumentada (poliúria) e urina diluída (Malmed, et al., 2016).

A diminuição do hormônio antidiurético (ADH ou vasopressina) pode causar desequilíbrios no nível de sódio, como a diabetes insipidus. Isso aumenta o risco de hipernatremia e diminuição do volume do espaço extracelular. Dessa forma, se faz necessário monitorizar a diurese visando o diagnóstico precoce de diabetes insipidus, visto que diurese com volume superior a 200 ml/h deve ser investigada, onde o padrão de normalidade se dá por 0,5 - 4ml/Kg/h ou inferior a 300ml/h (Tannous, et al. 2018)

A preocupação da equipe de enfermagem diante do diabetes insípido em um paciente em morte encefálica é significativa. Essa condição metabólica, caracterizada por uma incapacidade de concentrar a urina, pode agravar ainda mais o quadro clínico do paciente. A equipe desempenha um papel crucial na vigilância constante dos SSVV, monitorando a produção excessiva de urina e os eletrólitos séricos para garantir a estabilidade do paciente. A atenção cuidadosa e a expertise da equipe de enfermagem são essenciais para lidar com o diabetes insípido em pacientes em ME e garantir o melhor atendimento possível.

A seguir é possível observar a atenção que os profissionais têm com a possível instalação do quadro de diabetes insipidus:

*“Os cuidados de enfermagem são praticamente os mesmos. Manutenção do SSVV, higiene, nutrição. E os cuidados com os sinais de deterioração cerebral, como (instabilidade hemodinâmica, diabetes insipidus, ausência de alguns reflexos, manutenção de órgão)” [5].*

*“Permaneço com rotina normal cuidados como em qualquer outro paciente de UTI (medicação, higiene e mudança de decúbito). Cuidados com a PA, hipotermia, hipertermia, diabetes insípíidus, infecções e úlceras de córnea” [19].*

A temperatura ideal que deve ser preservada no paciente em potencial para doação deve estar entre 36 a 37,5° C. Isso corresponde ao mesmo intervalo de temperatura central considerado ideal para outras pessoas. É importante notar que a temperatura deve ser mantida acima de 35° C. Portanto, o enfermeiro desempenha um papel crucial na manutenção dessa temperatura dentro da faixa de 35 a 37,5 °C (Cunha, et al. 2018).

A temperatura corporal representa um dos fatores mais críticos a serem considerados no caso de um potencial doador, exigindo uma atenção meticulosa por parte do enfermeiro para garantir um controle adequado. Isso ocorre porque, quando um paciente entra em morte encefálica, ele perde a capacidade de regular sua temperatura devido a danos no centro regulador. Portanto, é imperativo que a equipe de enfermagem adote medidas para minimizar essa situação, como o uso de mantas térmicas, o aquecimento do ambiente e dos gases fornecidos pelo ventilador, a administração de líquidos aquecidos e a monitorização constante da temperatura, com o intuito de prevenir quaisquer danos relacionados à hipotermia (Fonseca, et al. 2021).

É fundamental reforçar a importância de manter um controle preciso desse indicador, pois isso pode evitar diversas complicações que poderiam prejudicar a possibilidade de doação, como problemas cardíacos, arritmias e distúrbios de coagulação. Assim, é crucial que a equipe de enfermagem compreenda plenamente esse aspecto, pois a redução da temperatura corporal abaixo do padrão estabelecido resulta na ausência dos reflexos do tronco cerebral, inviabilizando a continuação dos testes para investigação (Alves, et al. 2018).

Os entrevistados estão igualmente atentos aos sinais de diabetes insipidus e aos riscos que podem ser desencadeados caso haja um desequilíbrio na temperatura do paciente, como se observa nas seguintes falas, quando questionados sobre o assunto:

*“ Controle de temperatura e da diurese são mais específicos quando o paciente está com ME. Seguem as rotinas da instituição” [8].*

*“Avaliação de diurese e avaliação de temperatura” [10].*

*“Manutenção da temperatura corporal, controle de balanço hídrico e controle glicêmico. Porque com os cuidados necessários voltados a esse paciente, se tem um efeito de conservação adequada das funções vitais, as quais influenciam o potencial doador de órgãos, que se não forem controlados podem impossibilitar a doação de um dos órgãos para o transplante” [20].*

Os profissionais reconhecem que atenção à temperatura e à diurese de um paciente em morte encefálica é de extrema importância, pois essas desempenham um papel vital na manutenção da estabilidade do paciente e na preservação da qualidade dos órgãos para doação. O monitoramento constante da temperatura é essencial para prevenir a hipertermia, que pode ser desencadeada por distúrbios autonômicos após a morte encefálica. Além disso, o controle adequado da temperatura contribui para a integridade dos órgãos, que conforme o ponto de vista dos entrevistados é um fator crítico na doação de órgãos.

Com base no que se discutiu sobre a organização da equipe de enfermagem diante de um paciente em ME, parece haver uma abordagem satisfatória. A distribuição de papéis claros entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, juntamente com a ênfase na comunicação efetiva e no suporte emocional aos familiares, indica uma organização que busca proporcionar cuidados abrangentes e humanizados. A supervisão do enfermeiro nas tarefas mais complexas, como a confirmação da morte encefálica, contribui para a segurança e precisão do atendimento. Essa abordagem coordenada é fundamental para garantir um ambiente de apoio ao paciente e aos familiares durante esse momento delicado.

#### **4.1.2 Ações privativas do enfermeiro**

O papel do enfermeiro é de grande relevância na equipe de transplante de órgãos, sendo necessário que ele seja capacitado para iniciar os processos de identificação da ME e de doação de órgãos. Isso envolve uma série de procedimentos, como identificar os potenciais doadores, notificar a equipe de coordenação intra-hospitalar de doação, monitorar e manter esses pacientes estáveis, bem como prestar apoio, acolhimento e cuidado à família do doador (Fonseca, et al. 2021).

O enfermeiro desempenha um papel crucial no planejamento e na execução de ações voltadas para a melhoria do processo de doação e captação de órgãos e tecidos para transplante. Algumas dessas ações incluem a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a participação no desenvolvimento e condução de pesquisas relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, e a promoção da assistência interdisciplinar durante todo o processo de doação e transplante. O enfermeiro desempenha um papel estratégico em todas essas atividades, visando a assegurar a eficácia do processo e a maximizar o número de órgãos e tecidos disponíveis para transplante (Costa, et al., 2018).

A atenção do enfermeiro no cuidado do paciente em morte encefálica é de extrema relevância na garantia da qualidade do atendimento e na observância de protocolos rigorosos. Este profissional desempenha uma função central na monitorização contínua dos sinais vitais do paciente, na administração de medicamentos para manter a estabilidade, no controle da temperatura e na gestão da diurese. Além disso, o enfermeiro desempenha um papel crucial na comunicação com a família do paciente, oferecendo suporte emocional e explicando de maneira sensível à situação complexa da ME.

Vale ressaltar ainda que o enfermeiro está na linha de frente para prevenir complicações e garantir que o paciente seja mantido nas melhores condições possíveis para a possível doação de órgãos. O monitoramento rigoroso das funções vitais, juntamente com a administração de cuidados especializados, demonstra a responsabilidade e o comprometimento do enfermeiro na preservação da qualidade dos órgãos a serem doados.

Na ME, o hipotálamo perde a sua habilidade de regular a temperatura corporal, levando a uma progressiva hipotermia. Isso significa que o corpo tende a se resfriar e alcançar a temperatura ambiente. A resolução CFM N° 2.173/2017 específica que a avaliação adequada da temperatura corporal central deve ser realizada pela aferição da temperatura esofágica, vesical ou retal. Isto posto, A inserção de um cateter esofágico para medição da temperatura pode ser realizada por um enfermeiro com a devida capacitação, como parte da equipe multiprofissional especializada (Conselho Regional de Enfermagem, 2013;Pinto, et al., 2022)

Sendo este processo considerado importante pelos enfermeiros como observado nas seguintes falas:

*“Passagem de SNG junto ao termômetro esofágico” [10].*

*“Passagem de termômetro esofágico” [21].*

A aspiração de vias aéreas em pacientes em ME é essencial por diversas razões, como preservar órgãos para possível doação, prevenir complicações respiratórias, garantir o conforto do paciente, cumprir os padrões de cuidado e evitar complicações secundárias. Isso ajuda a manter as vias aéreas livres de secreções e obstruções, beneficiando tanto o paciente quanto a possível doação de órgãos. Dessa forma, a resolução do COFEN Nº 557/2017 afirma que esses pacientes deverão ter suas vias aéreas privativamente aspiradas por profissional Enfermeiro, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.

Conforme Horta (1974), a assistência de enfermagem envolve a implementação, por parte do enfermeiro, do processo de enfermagem com o propósito de oferecer um conjunto de ações e procedimentos destinados a suprir as necessidades essenciais do ser humano.

Diante da responsabilidade imposta sobre os enfermeiros, os participantes destacam:

*“Considerando um possível doador de órgãos, assegurar juntamente a equipe médica que a constatação de ME seja feita quanto antes para evitar desordem hemodinâmica futura. Garantir monitorização hemodinâmica contínuo ao paciente, manter sinais vitais estáveis, assegurar que os fatores fisiopatológicos sejam preservados em relação a conforto e bem-estar físico, mantendo aquecimento corporal, hidratação endovenosa e SSVV dentro da normalidade. Prestar cuidados individuais ao paciente” [21].*

*“Primeiro este paciente precisa ser identificado como provável ME. Quando há a ausência de algum refluxo, a equipe de CHT é acionada para acompanhamento mais próximo. E também fica responsável pelo acolhimento familiar” [23].*

*“Maior atenção ao possível sinais de reflexo (tosse, pupilas, movimentos respiratórios), bem como atenção as possíveis alterações fisiológicas” [29].*

Por conseguinte, observa-se que o enfermeiro desempenha um papel fundamental na observância das regulamentações e diretrizes legais, assegurando que o cuidado do paciente esteja consoante os padrões éticos e legais. Assim, o papel privativo do enfermeiro no cuidado do paciente em morte encefálica é essencial para proporcionar um ambiente de cuidado seguro, ético e de qualidade, respeitando os princípios da dignidade do paciente e contribuindo para a possibilidade de doação de órgãos, que pode salvar vidas.

A prestação de cuidados a pacientes com morte encefálica requer dos enfermeiros não apenas habilidades técnicas, mas também uma compreensão vasta de diversos aspectos que abrangem o domínio físico, biológico, psicológico, social, espiritual, econômico, político, sociológico e histórico, todos interconectados entre si (Oliveira, et al., 2021).

A abordagem familiar aos potenciais doadores é uma parte crucial das práticas de enfermagem. Este aspecto é particularmente sensível no processo de doação de órgãos, pois frequentemente os familiares representam um grande desafio. Trabalhar com a família enquanto se respeitam seus limites é essencial para o sucesso do transplante. Nesse contexto, as ações adotadas devem seguir o princípio da humanização do atendimento, considerando os diversos fatores que afetam os envolvidos e proporcionando um cuidado digno (Fonseca, 2021).

A responsabilidade do enfermeiro em dar atenção aos familiares do paciente em morte encefálica desempenha um papel crítico no cuidado global. Em uma situação tão complexa e emocionalmente desafiadora, o enfermeiro atua como um elo essencial na comunicação e no suporte à família. A empatia, a compaixão e a habilidade de oferecer informações claras e sensíveis são fundamentais para auxiliar os familiares a compreender a condição do paciente, as implicações da morte encefálica e as opções disponíveis. Cabe ao enfermeiro estar disponível para ajudar a família a entender a situação, processar a informação, iniciar de forma saudável o processo de luto e, se for o caso, ajuda-los a tomar a decisão pela doação ou não.

Vale ressaltar que os profissionais percebem essa responsabilidade como algo crucial em sua profissão. Quando questionados sobre o tema, temos respostas que destacam as seguintes falas:

*“Juntamente com a comissão de doação de órgãos instruir os familiares sobre o processo e sobre a doação dos órgãos”[21].*

*“Atenção aos familiares, esclarecendo dúvidas e os cuidados ofertados” [29].*

Considerando o exposto, o enfermeiro desempenha um papel importante ao fornecer apoio emocional e psicológico, reconhecendo o impacto profundo que uma situação de morte encefálica pode ter na família. Isso envolve ouvir suas preocupações, responder às perguntas e ajudá-los a tomar decisões informadas, seja sobre a continuação do suporte de vida ou a possibilidade de doação de órgãos.

A notificação as Centrais de Captação e Distribuição de Órgãos sobre a possível disponibilidade de potenciais doadores é de responsabilidade do enfermeiro, além de coletar informações essenciais e explicar o processo de doação ao responsável legal do doador. Além disso, cabe ao enfermeiro também a conscientização sobre a importância da doação de órgãos, da identificação de pacientes doadores e do acolhimento dos familiares nesse contexto (Ramos, et al., 2019).

As UTIs e unidades de emergência frequentemente testemunham a transição de um potencial doador para um doador efetivo. Portanto, o enfermeiro nessas unidades, responsável por supervisionar os cuidados prestados pela equipe ao potencial doador, também deve ter um profundo entendimento das alterações fisiológicas que ocorrem em pacientes com morte encefálica (ME). Isso permite que eles, em colaboração com a equipe, monitorem e controlem adequadamente o estado do paciente. Além disso, é fundamental que haja programas de educação continuada para toda a equipe de saúde, abordando detalhadamente todo o processo de doação de órgãos. Isso ajuda a garantir que todos os profissionais envolvidos estejam bem informados e atualizados sobre as práticas e os procedimentos necessários para lidar com pacientes em ME e facilitar o processo de doação, independentemente do desfecho final (Costa, et al., 2017; Tolfo, et al., 2018; Costa, et al., 2018; Alves, et al., 2019).

Além de supervisionar os cuidados diretos ao paciente, o enfermeiro desempenha um papel fundamental na participação de capacitação da equipe de enfermagem. Por meio de programas de educação continuada, ele assegura que toda a equipe esteja adequadamente treinada e informada sobre o processo de doação de órgãos. Isso inclui o fornecimento de orientação e conhecimento atualizado sobre as melhores práticas e procedimentos a serem seguidos ao lidar com pacientes em ME. Essa capacitação garante que a equipe de enfermagem esteja preparada para enfrentar os desafios e complexidades associados ao cuidado de potenciais doadores, independentemente do resultado final da doação de órgãos. Tal assunto é abordado pelos profissionais nas falas que seguem:

*“Promover a capacitação dos profissionais” [1].*

*“Baseio meu cuidado nas capacitações preparadas pelos enfermeiros voltadas para essa finalidade” [2].*

*“Possuo uma certa dificuldade, mas os enfermeiros são capacitados e auxiliam toda a equipe durante a manutenção do paciente” [3].*

Nesta esfera, de acordo com Horta (1974), assistir em enfermagem é realizar todas as tarefas em prol do ser humano que ele não consegue executar de forma independente, oferecendo assistência quando ele tem limitações parciais para o autocuidado. Além disso, inclui a orientação aos familiares, supervisão e encaminhamento a outros profissionais quando necessário.

As atribuições dos enfermeiros dentro da SAE e do PE estão sendo cumpridas de maneira eficiente conforme os dados coletados dos entrevistados. A supervisão cuidadosa durante a confirmação da ME, a coordenação das ações da equipe e a comunicação sensível com os familiares destacam a importância do papel do enfermeiro nesse contexto. A organização demonstrada sugere uma abordagem coesa e abrangente, contribuindo para o bem-estar do paciente e para o suporte emocional necessário aos familiares durante esse momento desafiador.

#### 4.2. GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO DE ME: BUSCANDO INDICADORES CLÍNICOS DA MORTE CEREBRAL

A identificação precoce e precisa da morte encefálica é um passo crucial para permitir a doação de órgãos, salvar vidas e fornecer cuidados humanizados aos pacientes e suas famílias. Nesta categoria, exploraremos as diretrizes, procedimentos e melhores práticas relacionadas ao manejo do protocolo de morte encefálica. Examinaremos os aspectos clínicos, éticos e técnicos envolvidos, destacando a importância da capacitação da equipe de enfermagem, bem como a necessidade de uma abordagem sensível para com os familiares dos pacientes.

As primeiras manifestações clínicas da morte encefálica podem desencadear danos irreversíveis ao coração, incluindo necrose miocárdica devido à falta de oxigênio, bem como arritmias cardíacas, resultantes do estreitamento dos vasos sanguíneos e do aumento da pressão arterial. Após a confirmação da morte encefálica, ocorrem alterações nesses parâmetros, como vasodilatação, diminuição da pressão arterial sistêmica e uma relativa redução no volume de sangue circulante, o que é prejudicial ao paciente. Se essas alterações não forem tratadas adequadamente, podem levar deterioração da função cardíaca, com possível evolução para distúrbios de atividade elétrica cardíaca. (Fonseca, et al., 2021).

Na ME, ocorre a perda definitiva das funções cerebrais e do tronco cerebral, causando uma progressiva e irreversível desregulação da homeostase do organismo. A evolução dessa condição desencadeia mudanças significativas nas funções cardiovasculares, hormonais e metabólicas, resultando em instabilidade grave que pode levar a uma parada cardíaca, mesmo com tratamento de suporte adequado. No entanto, a intervenção precoce e vigorosa no controle das funções cardíacas, hormonais e metabólicas pode temporariamente retardar ou até reverter esse processo, aumentando assim o número de potenciais doadores de órgãos (Matos, et al., 2018).

O aumento da pressão intracraniana desempenha um papel crucial no desenvolvimento da ME, uma vez que resulta na isquemia do Sistema Nervoso Central (SNC) com impacto progressivo no tronco encefálico. Isso desencadeia alterações cardiovasculares previsíveis. A isquemia na área do tronco encefálico provoca o chamado reflexo de Cushing, uma resposta que combina a estimulação do sistema nervoso vagal e simpático, resultando em bradicardia (diminuição da frequência cardíaca) e hipertensão (aumento da pressão arterial). Essa resposta é seguida por uma disfunção do bulbo, que desencadeia alterações conhecidas como "tempestade simpática," caracterizada por uma hipertensão severa e taquicardia (aumento da frequência cardíaca) (Matos, et al., 2018).

Com a completa herniação do tronco encefálico, ocorre uma perda do tônus do sistema nervoso simpático, resultando na perda do tônus vascular e subsequente hipotensão (diminuição da pressão arterial). A intensidade da tempestade simpática pode variar, principalmente com base no tempo que leva para o aumento da pressão intracraniana se desenvolver; quanto mais lento for esse processo, maior a capacidade do cérebro em se acomodar e menor a liberação de catecolaminas. Além disso, a instabilidade hemodinâmica na ME é influenciada por fatores relacionados à condição de base do paciente, como a presença de hipovolemia (baixa quantidade de sangue circulante), hipotermia (queda da temperatura corporal), trauma, hemorragias e assim por diante (Matos, et al., 2018).

A busca ativa é realizada pelo enfermeiro da CHT em unidades de pacientes críticos diariamente, conforme estabelecida na portaria Nº 2.600/2009 do Ministério da Saúde. O objetivo é encontrar mais cedo possíveis pacientes que apresentem sinais clínicos de morte encefálica. Nessa primeira etapa, a busca é direcionada a pacientes com lesões cerebrais irreversíveis, de causa conhecida, que podem levar à morte encefálica. Isso é indicado pela

presença de coma definido no ECG, sem efeitos de sedativos, com perda de pelo menos um reflexo do tronco cerebral e midríase fixa. Antes de iniciar o protocolo para diagnosticar a morte encefálica, é necessário descartar quaisquer fatores tratáveis que possam interferir no diagnóstico, como efeitos de sedativos, variações na temperatura corporal, baixa saturação de oxigênio ou pressão arterial inadequada. Além disso, é importante observar um tempo mínimo de tratamento e observação no hospital, que é de seis horas no caso de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Traumatismo Cranioencefálico (TCE), e de 24 horas no caso de Encefalopatia Hipóxico-isquêmica (EHI) (Conselho Federal de Medicina, 2017).

Durante o cuidado ao paciente com condições neurológicas críticas, é importante que o enfermeiro execute a avaliação de diversos reflexos. Isso inclui a verificação das pupilas para determinar se reagem à luz (fotorreagentes), se estão midriáticas ou se mantêm um tamanho médio fixo, seja igual ou desigual entre elas (isocóricas ou anisocóricas). Além disso, é essencial realizar o teste do reflexo corneano, que envolve estimular ambas as córneas com água ou colírio (em pacientes com suspeita de morte encefálica, a ausência de qualquer resposta motora ou vegetativa, como vermelhidão ou lacrimejamento, é notável). Outro aspecto a ser considerado é a avaliação do reflexo de tosse, que implica estimular a carina do paciente com o auxílio de uma sonda. Se, após realizar essas avaliações, o enfermeiro constatar a ausência dos reflexos mencionados, é fundamental que comunique a equipe médica. Isso permitirá que os médicos conduzam uma avaliação clínica mais detalhada e, se apropriado, iniciem o protocolo para diagnóstico de morte encefálica (Koerich, et al., 2018).

Os enfermeiros desempenham um papel crucial na identificação e avaliação dos critérios necessários para a abertura do protocolo ME. A sua expertise clínica é fundamental para reconhecer sinais e sintomas que indicam a possível ocorrência de ME em pacientes críticos. A habilidade dos enfermeiros em realizar essas avaliações de forma precisa e documentar os resultados desempenha um papel vital na tomada de decisão. Quando os critérios para a abertura do protocolo de ME são cumpridos, é responsabilidade dos enfermeiros notificar prontamente a equipe para a avaliação clínica apropriada, garantindo assim uma abordagem eficaz e ética na condução desse procedimento. Portanto, a atuação dos enfermeiros nesse contexto é essencial para garantir o diagnóstico correto e o respeito aos protocolos estabelecidos.

Os entrevistados compreendem a importância da identificação desses critérios, observado nas colocações a seguir:

*“Suspeitamos de ME quando o paciente apresenta alterações nas pupilas, reflexo de tosse, etc., na qual é comunicado o médico plantonista para posteriores medidas” [18].*

*“Controle rigoroso de pupilas” [20].*

*“Maior atenção aos possíveis sinais de reflexo (tosse, pupilas, movimentos respiratórios), bem como atenção as possíveis alterações fisiológicas” [29].*

Em suma, a enfermagem desempenha um papel indispensável na monitorização da pressão arterial e na detecção de sinais de PCR em pacientes em ME. Sua prontidão, conhecimento técnico e habilidades clínicas são essenciais para manter a estabilidade do paciente e assegurar que os órgãos estejam em condições adequadas para a doação, respeitando os princípios éticos e as regulamentações legais.

Discutindo sobre a importância da atenção da equipe de enfermagem voltada a pressão arterial (PA) e aos sinais de PCR, os entrevistados apontaram:

*“Atentar-se a alterações fisiológicas e sintas de PCR para preservação dos órgãos” [7].*

*“Manter uma PA adequada para esse devido paciente” [8].*

*“Pressão arterial, por ser um sinal vital que mexe com o corpo todo, se mantém uma PA muito baixa, pode ser que alguns órgãos não recebam o sangue necessário para se manter saudável para uma possível doação; e caso a PA esteja muito alta, pode haver sangramentos não esperados em alguma região afetando assim os órgãos que seriam possivelmente doados” [9].*

A ME se manifesta mediante um estado de coma profundo, onde não há resposta motora voluntária acima do nível da medula espinhal, e também pela ausência de atividade respiratória, o que é conhecido como apneia (Alves, et al., 2019).

Além disso, ressalta-se que a morte encefálica é um processo intrincado que resulta em mudanças fisiológicas em todos os sistemas do corpo, envolvendo também alterações bioquímicas e celulares que levam à disfunção de múltiplos órgãos (Cunha, et al., 2018).

O processo de doação de órgãos tem início quando um potencial doador é identificado, ou seja, quando um paciente é diagnosticado com ME. Esse diagnóstico envolve uma série de dilemas éticos e é caracterizado pela constatação incontestável e irreversível da lesão cerebral, capaz de resultar em perda total da atividade cerebral, representando a morte sob aspectos clínicos, legais e sociais (Barreto, et al., 2020).

A apneia é, sem dúvida, um dos indicadores clínicos mais cruciais para estabelecer o diagnóstico de morte encefálica. O teste de apneia é uma etapa essencial na confirmação da morte encefálica e não pode ser separado da avaliação neurológica (Cunha, et al., 2018).

Neste contexto, observa-se que a maioria dos casos de morte encefálica ocorre na UTI, uma vez que se trata de um ambiente de monitoramento constante, onde os pacientes estão mais suscetíveis a instabilidades, e o local onde, em teoria, estão os pacientes incapazes de respirar sozinhos, ou seja, em apneia. Portanto, a prestação de cuidados envolve uma equipe multiprofissional, na qual os enfermeiros desempenham um papel crucial (Alves, et al., 2019).

A importância da competência da equipe e do trabalho multiprofissional no cuidado de um paciente em morte encefálica é fundamental para garantir a qualidade e a eficácia do atendimento. Em uma situação tão complexa e desafiadora, a colaboração interprofissional desempenha um papel crítico, e tem o enfermeiro como ator principal, pois é muitas vezes ele, quem faz a ligação entre os profissionais.

A importância de uma equipe multiprofissional e da capacitação da mesma esta evidenciado nos seguintes relatos:

*“Pacientes que são possíveis doadores são monitorados por toda a equipe multidisciplinar” [26].*

*“Trabalhamos em equipe” [29].*

*“Os enfermeiros são capacitados para manejar o paciente, mas também instruir a equipe quanto a possíveis cuidados passíveis de modificações e melhoria do cuidado direto” [30].*

A competência da equipe e o trabalho multiprofissional são alicerces para assegurar que o cuidado ao paciente em morte encefálica seja abrangente, ético e de alta qualidade. Essa abordagem colaborativa não apenas respeita os princípios éticos, mas também promove a integridade do paciente e a possibilidade de doação de órgãos, que pode ter um impacto positivo na vida de outros pacientes em espera por transplantes.

Quadro 05 –Sinais clínicos de ME e a identificação pelos profissionais entrevistados

<b>Sinais clínicos de ME</b>	<b>Entrevistados que citaram sinais</b>	<b>Cuidados para os sinais clínicos observados</b>	<b>Entrevistados que citam os cuidados</b>
Reflexo de tosse ausente	38, 68	Aspiração periódica	-
Pupilas midriáticas	2, 8, 9, 12, 15, 16, 38, 40, 41, 50, 54, 55, 57, 64, 68, 69	Avaliação periódica da pupila	2, 8, 9, 12, 15, 16, 38, 40, 41, 50, 54, 55, 57, 64, 68, 69
Poliúria	2, 8, 9, 15, 38, 40, 41, 50, 54, 55	Controle de débito urinário e balanço hídrico	2, 8, 9, 15, 38, 40, 41, 50, 54, 55
Ausência de movimentos respiratórios (apnéia)	68	Observação do drive respiratório	68

Fonte: Elaborada pela autora, com base em Knih, 2021.

Ao final das entrevistas, foi observado que todos os entrevistados destacaram de maneira abrangente e consistente os sinais clínicos associados a ME, bem como os cuidados prestados. Essa convergência de relatos fortalece a confiabilidade das informações coletadas e reforça a compreensão unânime desses profissionais sobre os indicadores clínicos relevantes para o diagnóstico de ME. Este consenso contribui para uma visão mais completa e esclarecedora do tema, consolidando a importância da identificação precoce e precisa desses sinais na prática médica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se que a morte encefálica demanda uma compreensão que vai além de aspectos técnicos. Trata-se de uma questão de princípios humanitários e de cidadania para todas as partes envolvidas, contribuindo para a desmistificação do significado da doação de órgãos.

Este estudo destacou a relevância do profissional de enfermagem no contexto do paciente com ME. Os profissionais possuem um conhecimento sólido, mas também é essencial que tenham experiência prática e qualificação para oferecer um apoio caloroso aos pacientes e suas famílias durante o processo de doação de órgãos. Além disso, a busca por aprimoramento deve ser constante, a fim de compreender melhor o processo e fornecer assistência apropriada em cada situação.

Os profissionais de enfermagem participantes deste estudo demonstram valorizar como prática indispensável à preservação dos órgãos do potencial doador, o emprego de esforços técnicos, consubstanciados no contexto científico, garantindo assim, maiores taxas de sucesso na disponibilidade viável dos órgãos para doação. É importante ressaltar que os cuidados prestados a um paciente em morte encefálica destacados pelos profissionais abrangem aspectos como a monitorização e suporte hemodinâmico do paciente, a manutenção da temperatura corporal, o controle do equilíbrio hidroeletrólítico, o controle dos níveis de glicose e a atenção rigorosa a hidratação das córneas e as pupilas.

Considerando que a doação e o transplante de órgãos são procedimentos de extrema importância para a sociedade, é notável que o enfermeiro desempenhe um papel vital nesse contexto, exercendo uma função crucial na fase de captação, doação e transplante de órgãos. Ele é encarregado de garantir a devida manutenção dos órgãos até o explante. No entanto, para realizar essas tarefas de maneira eficaz, é imperativo que os enfermeiros sejam adequadamente capacitados e treinados, uma vez que necessitam de um profundo conhecimento científico para lidar com os aspectos fisiológicos, psicológicos, morais, éticos, sociais e até religiosos envolvidos no contexto do doador e de sua família.

Os enfermeiros desempenham um papel significativo na obtenção do consentimento da família no processo de doação, e para isso, devem ser dotados de habilidades interpessoais e de comunicação, mantendo empatia em relação aos sentimentos e comportamentos das famílias. É fundamental que ele organize e sistematize todos os cuidados que serão prestados,

especialmente no que diz respeito às interações com as famílias, uma vez que estas enfrentarão decisões de grande impacto.

Fica demonstrando que o papel da enfermagem diante da morte encefálica e do potencial doador de órgãos é de extrema importância e complexidade. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental em todo o processo de identificação, cuidado e apoio a esses pacientes e suas famílias. Eles são os elos essenciais entre a equipe médica, os doadores, e as famílias, desempenhando um papel crítico na manutenção da viabilidade dos órgãos até o transplante.

Para desempenhar com eficiência esse papel, os enfermeiros precisam de treinamento, qualificação e um profundo conhecimento das diversas dimensões envolvidas, desde aspectos técnicos até questões éticas, emocionais e culturais. Dessa forma, destaca-se que o papel da enfermagem no contexto da ME e doação de órgãos vai além das tarefas técnicas, envolve compreensão, empatia, ética e habilidades de comunicação.

Em suma, a presente investigação proporcionou uma visão esclarecedora sobre o papel da equipe de enfermagem na organização dos cuidados destinados ao potencial doador de órgãos. Ao refletir sobre os objetivos estabelecidos no início deste estudo, torna-se evidente que foram não apenas atingidos, mas também superados. A resposta à pergunta de pesquisa, que indagava sobre o papel da equipe de enfermagem na organização dos cuidados de enfermagem ao potencial doador de órgãos, emergiu de maneira clara e abrangente ao longo da pesquisa.

A dedicação e a expertise demonstradas pela equipe de enfermagem desempenham um papel vital na otimização do processo de doação, garantindo cuidados éticos e humanizados. A constatação de que os profissionais estão aptos a desempenhar um papel crucial na organização dos cuidados ao potencial doador de órgãos reforça a importância contínua de investimentos em treinamento e suporte, garantindo a excelência e a humanização no processo de doação de órgãos.

## REFERÊNCIAS

Alves, M. P., Rodrigues, F. S. R., Cunha, K. S., Higashi, G. D. C., Nascimento, E. R. P. & Erdmann, A. L. (2019). Processo de morte encefálica: Significado para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva. *Rev Baiana Enferm.* 33:e28033.

ALVES, N.C.C. et al. Manejo dos pacientes em morte encefálica. *Rev. Enfermagem UFPE, Recife*, vol 12, n 4, pág. 953-961, 2018.

ARAÚJO, C.M.; SOUZZA, M.B.; SILVA, V.M.; SILVA, W.T.G.; FERREIRA, B.E.S.. Atuação do enfermeiro intensivista no contexto da morte encefálica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde, Belo Horizonte*, v. 06, n. 15, p. 1-8, jun. 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/9956-Artigo-116434-2-10-20220602.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2023.

ARAUJO, Maidane et al. DIRETRIZ PARA CONFIRMAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA ATRAVÉS DA MEDICINA NUCLEAR. *Sbmn/Amb, São Paulo*, fev. 2022. Disponível em: [https://sbmn.org.br/wp-content/uploads/2022/11/0\\_Diretriz-Morte-Encefai%CC%80lica-FINAL.pdf](https://sbmn.org.br/wp-content/uploads/2022/11/0_Diretriz-Morte-Encefai%CC%80lica-FINAL.pdf). Acesso em: 29 out. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro/junho. *Registro Brasileiro de Transplantes. ABTO. São Paulo. 2019.* Acesso em: 29 mar. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2012-2019). *Registro Brasileiro de Transplantes. 2019.* Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2019/RBT-2019-leitura.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2023.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.*

BERGAMO, Doener Alex [1], SANTOS, Diogo Cabral dos [2], ORSATTI, Vinicius Nakad [3]

BERGAMO, Doener Alex. SANTOS, Diogo Cabral dos. ORSATTI, Vinicius Nakad. Manejo dos potenciais doadores em morte encefálica: Diretrizes atuais *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed. 11, Vol. 04, pp. 61-85. Novembro de 2019. ISSN: 2448-0959, Link de acesso:* <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/potenciais-doadores>. Acesso em: 29 out. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano

para fins de transplante e tratamento. Diário Oficial da União. Brasília. Acesso em: 29 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, lança campanha para incentivar doação de órgãos. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/09/governo-federal-por-meio-do-ministerio-da-saude-lanca-campanha-para-incentivar-doacao-de-orgaos#:~:text=S%C3%B3%20neste%20ano%2C%20dos%205.857,chegou%20a%2041%2C3%25>. Acesso em: 25 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600\\_21\\_10\\_2009.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html) Acesso em: 29 out. 2023.

CESAR, M.P.; CAMPONOGARA, S.; CUNHA, Q.B.; PERLINI, N.M.O.G.; FLORES, C.L.. PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO AO PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA. Rev. Baiana Enfermagem, [s. l], v. 33, n. 33359, p. 1-11, mar. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/33359/20212>. Acesso em: 19 mar. 2023.

COELHO, Gustavo Henrique de Freitas; BONELLA, Alcino Eduardo. Doação de órgãos e tecidos humanos: a transplantação na Espanha e no Brasil. Revista Bioética, [s.l], v. 27, n. 3, p. 419-429, 12 fev. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Y85LHYRFXvFLsYzT4qDXQkK/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 14 maio 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 292, de 7 de junho de 2004: Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. TRANSPLANTES, R. B. DE. Rbt (2011-2018). 2018. Disponível em: Acesso em: 19 mar. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Nº 557, de 23 de agosto de 2017. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017/>. Acesso em: 29 out. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN Nº611/2019. Atualiza a normatização referente à atuação da Equipe de Enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, e dá outras providências. 2019. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-611-2019\\_72858.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-611-2019_72858.html). Acessado em: 17 de abril de 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a

implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem. Brasília: 2009. Disponível em: Acesso em: 19 mar. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CF n. 2.173, de 15 de dezembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. 2017. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27333:2017-12-15-13-07-00&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27333:2017-12-15-13-07-00&catid=3). Acessado em: 17 de abril de 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.173/2017, de 12 de dezembro de 2017. Brasília, 2017. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-atualiza-resolucao-com-criterios-de-diagnostica-morte-encefalica/#:~:text=A%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CFM%20n%C2%BA%202.173,reatividade%20supraespinal%20e%20apneia%20persistente>. Acesso em: 28 mar. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Passagem de termômetro esofágico. 17 de setembro de 2017. Disponível em: [https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2014/01/parecer\\_61\\_2013.pdf](https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2014/01/parecer_61_2013.pdf). Acesso em: 29 out. 2023.

COSTA, DA SILVA COSTA, G.; BARBOSA DE LIMA, D.; LARISSA NEPOMUCENO TORRES, R.; LARA COSTA MANSO, M.; CÉSAR DOS SANTOS, O.; AUGUSTO DA SILVA, J.; MATHEUS MISSIAS DA SILVA, M.; AUGUSTO LOPES OLIVEIRA, D.; RÉGIA SOUSA DE MEDEIROS, R.; MARINHO SILVA BARBOSA, L. . CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA. Revista Ciência Plural, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 272–289, 2021. DOI: 10.21680/2446-7286.2021v7n3ID22301. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/22301>. Acesso em: 29 out. 2023.

COSTA, I. F., Mourão Netto, J. J., Brito, M. C. C., Goyanna, N. F., Santos, T. C. & Santos, S. S. (2017). Fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos: percepção de enfermeiros. Revista Bioética. 25(1): 130-137.

COSTA, K.L. et al., Nursing assistance to organ donor potential in encephalic death. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, vol. 23, n 2, pág. 153-158, 2018.

COSTA, Leticia Scaranto et al. AVALIAÇÃO E RECONHECIMENTO DA SÍNDROME DE HIPERTENSÃO INTRACRANIANA. Bvsalud, Brasil, abr. 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882560/avaliacao-e-reconhecimento-da-sindrome-de-hipertensao-intracraniana.pdf>. Acesso em: 29 out. 2023.

CHRIST-CRAIN, Mirjam. Diabetes Insipidus: New Concepts for Diagnosis. Neuroendocrinology. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31986514/>. Acesso em: 29 de outubro de 2021. European Comitee on organ transplantation. Guide to the quality and safety of organs for transplantation. (7thed.). Council of Europe. 2018. Disponível em: <https://www.edqm.eu/en/guide-quality-and-safety-of-organs-for-transplantation>. Acesso em: 19 abr. 2023

FERNANDES, M. S. et al. Bundle para a prevenção de infecção de corrente sanguínea. Revista de enfermagem UFPE (on line), v. 13, n. 1, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/237743/31116>. Acesso em: 29 OUT. 2023.

FONSECA, Emily Oliveira Duarte et al. Percepção de enfermeiros sobre os cuidados aos potenciais doadores de órgãos. Enfermagem Brasil, Petrolina, Pe, v. 1, n. 20, p. 68-81, jan. 2021. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4498/6955>. Acesso em: 25 out. 2023.

FREITAS, André C., Morte Cerebral – diagnóstico e suporte clínico. Terapia intensiva em neurologia e neurocirurgia – métodos de monitorização e situações especiais. Revinter, Rio de Janeiro. p. 303-23. 2002.

GULART, Thiago da Silva; BAIOTTO, Graziella Gasparotto; LHMANN, Paula Michele; CALVI, Adriana. Percepções da equipe de enfermagem frente ao potencial doador de órgãos. Society And Development Research. Itajubá. 2023. Disponível em: [https://www.lareferencia.info/vufind/Record/BR\\_962fa4a283c514a64b18f8ae7aa13e66#details](https://www.lareferencia.info/vufind/Record/BR_962fa4a283c514a64b18f8ae7aa13e66#details). Acesso em: 25 out. 2023.

HORTA, W.A. - Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. Rev. Esc. Enf. USP, 5(1) 7-15, 1974

KNIHS, Neide da Silva; MAGALHÃES, Aline Lima Pestana; SEMEÃO, Michele Cristina Pires; SANTOS, Rosane Lucilene dos; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; BARRA, Daniela Couto Carvalho. FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE: MAPEAMENTO DE SINAIS CLÍNICOS DE MORTE ENCEFÁLICA. **Cogitare Enfermagem**, Florianópolis, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/XLtZ5mWB5sm8KspXLkMbxpn/#>. Acesso em: 09 nov. 2023.

KOERICH, Marcieli. VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE COMISSÕES INTRAHOSPITALARES DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES. 2018. 140 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/193694/PNFR1063-D.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 30 out. 2023.

LANZA, V. E. et al. Medidas preventivas de infecção relacionada ao cateter venoso periférico: adesão em terapia intensiva. Rev. Rene, 2019. Disponível em: [http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/41813/1/2019\\_art\\_velanza.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/41813/1/2019_art_velanza.pdf). Acesso em: 29 OUT. 2023.

LARA, Ângela Mara de Barros; MOLINA, Adão Aparecido. PESQUISA QUALITATIVA: APONTAMENTOS, CONCEITOS E TIPOLOGIAS. Universidade Federal de Santa Catarina

(Unfsc). Cap. 5. Florianópolis, 2015. Disponível em:  
<https://gepeto.paginas.ufsc.br/files/2015/03/capitulo-angela.pdf>. Acesso em: 08 maio 2023.

LOPES, K.V.; GOMES, S.S.; AOYAMA, E.A.; LIMA, R.N.. A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS EM MORTE ENCEFÁLICA. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde, Distrito Federal*, v. 2, n. 2, p. 20-26, 2020. Disponível em:  
<https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/83/116>. Acesso em: 17 abr. 2023.

MAGALHÃES, Aline Lima Pestana; et al. GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA. *Revista de Enfermagem*, [s. l.], v. 13, n. 4, p. 1124-1132, abr. 2019. Disponível em:  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238433/31845>. Acesso em: 29 mar. 2023.

MARTINS, Laércia Ferreira; MAGALHÃES, Aline Lima Pestana; KNIHS, Neide da Silva. Necessidades humanas básicas na doação de órgãos e tecidos: identificação de morte encefálica, avaliação e validação do possível doador. In: Associação Brasileira de Enfermagem. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Terapia Intensiva: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana; v.3, p. 81–121. 2018.

MATOS, Fernando Weber; PIVA, Jefferson Pedro; MARTINS, Maria Ernestina Marques. *Morte Encefálica e Doação de Órgãos*. Porto Alegre: Stampa Comunicação Corporativa. p. 98. 2018. Disponível em:  
[https://cremers.org.br/conteudos/livros\\_e\\_cartilhas/morte\\_encefalica.pdf](https://cremers.org.br/conteudos/livros_e_cartilhas/morte_encefalica.pdf). Acesso em: 01 maio 2023.

MOURA, Kércia Dantas Oliveira de; et al. Prevalência e fatores associados ao diagnóstico de morte encefálica. *Revista de Enfermagem da Ufsm*, [s. l.], v. 11, n. 39, p. 1-15, 06 maio 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/53157/pdf>. Acesso em: 04 abr. 2023.

MOURA, Lenize Nunes. AMBIENTE DE PRÁTICA E EMPODERAMENTO DE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. 2019. 126 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Santa Maria, Rs, 2019. Disponível em:  
[https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/20376/DIS\\_PPGENFERMAGEM\\_2019\\_MOURA\\_LENIZE.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/20376/DIS_PPGENFERMAGEM_2019_MOURA_LENIZE.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 25 out. 2023.

NETO, J. A.; FERREIRA, R. E.; ASSAD, I. G.; SANTOS, I. A.; SANTOS, J. L. C. T.; PAULA, L. C.; BREDE, S. D. Atualização dos critérios diagnósticos de morte 38 encefálica: aplicação e capacitação dos médicos. *Rev Bras Ter Intensiva*. v. 31, n. 3, p. 303-311, 2019. Disponível em  
<https://www.scielo.br/j/rbti/a/5NWbXJpnSkGQrWbsLT3PTVb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 29/10/2023.

NUEVO, Ana Luísa Galvan; ROCHA, Taina Cavalcanti. O QUE PODE A PSICOLOGIA HOSPITALAR DIANTE DA MORTE ENCEFÁLICA NA UTI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás "Cândido Santiago"*, Goiás, v. 7, p. 1-17, jul. 2021. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/300/170>. Acesso em: 28 mar. 2023.

OLIVEIRA, Erlaine Ritti de et al. A VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS EM MORTE ENCEFÁLICA: DIFICULDADES E DESAFIOS. *Rev. Tendên. da Enferm. Profis., Minas Gerais*, v. 8, n. 3, p. 1960-1966, 10 jul. 2019. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/03/A-VIV%C3%8ANCIA-DO-ENFERMEIRO-NO-PROCESSO-DE-DOA%C3%87%C3%83O-DE-%C3%93RG%C3%83OS.pdf>. Acesso em: 29 out. 2023.

OLIVEIRA, Maria Jocely Rodrigues de Lima; JÚNIOR, Sérgio Luis Alves de Moraes. O enfermeiro x potencial doador de órgãos: Conceitos relacionados à religião. *Revista Nursing*. 21(241): 2218-2222. 2018. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/04/947582/o-enfermeiro-x-potencial-doador-de-orgaos-conceitos-relacionado\\_dT1ySi4.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/04/947582/o-enfermeiro-x-potencial-doador-de-orgaos-conceitos-relacionado_dT1ySi4.pdf). Acesso em: 29 mar. 2023.

OUCHI, J. D.; et al. Papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. *Revista Saúde em Foco*, n. 10, p.412-128, 2018. Disponível em: [https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054\\_O\\_PAPEL\\_DO\\_ENFERMEIRO\\_NA\\_UNIDADE\\_DE\\_TERAPIA\\_INTENSIVA.pdf](https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf). Acesso em: 27 mar. 2023.

PINTO, Valquíria dos Santos et al. MONITORIZAÇÃO DA TEMPERATURA EM PACIENTE NEUROLÓGICO GRAVE: REVISÃO INTEGRATIVA. *Enfermagem Revista*, Belo Horizonte, p. 46-65, out. 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/24245-Texto%20do%20artigo-106856-1-10-20220712.pdf>. Acesso em: 29 out. 2023.

Ramos ASMB, Carneiro AR, Pessoa DLR, Fontele RM, Machado MCAM, Nunes SFL . O enfermeiro no processo de doação e transplante de órgãos. São Paulo: *Revista Recien*. 2019; Disponível em: 9(25):3-1file:///C:/Users/User/Downloads/2aok+O+ENFERMEIRO+NO+PROCESSO%20(1).pdf. Acesso em: 29 ou. 2023.

Robinson A, Verbalis J. Posterior pituitary. In: Melmed S, Polonsky K, Larsen PR, et al, eds. *Williams textbook of endocrinology*. 13th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:300-32. SANTOS, Bruna Pegorer.; et al. Formação e práxis do enfermeiro à luz das teorias de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.72, n.2, p.566-570, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/S6CTSqv6CX3WhvsbZcrffPr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2023.

SEIXAS, Nailin Melina Pires Da Silva. Gestão do processo de cuidar de pessoas em morte encefálica. 2018. 86 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Pontifícia Universidade

Católica de Goiás, Goiânia. 2018. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/10/gestao-processo-cuidar-pessoas-morte-encefalica.pdf>. Acesso em: 29 out. 2023.

SILVA, Francisca Aline Amaral da; et al. MORTE ENCEFÁLICA E MANUTENÇÃO DE ÓRGÃOS: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS INTENSIVISTAS. Revista de Enfermagem, [s. l], v. 12, n. 1, p. 51-58, 01 jan. 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/25130-78391-1-PB.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2023.

SILVA, Nadilânia Oliveira da; SANTOS, Antônia Thamara Ferreira dos; FONSECA, Natália Henrique; FIGUEIREDO, Amana da Silva; MARINHO, Bruna Bandeira Oliveira; BONIFÁCIO, Francisco Alan Nascimento. Manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos: atuação do profissional enfermeiro. Brazilian Journal Of Health Review. Curitiba, p. 12519-12534. out. 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/admin,+BJHR++art+094+Nadil%C3%A3lia.pdf>. Acesso em: 29 out. 2023.

SILVA, Patrick Leonardo Nogueira da et al. Abordagem do enfermeiro à família no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos. Revista Enfermagem Atual, [s. l], v. 93, n. 31, p. 1-8, jul. 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/katiasimoes2018,+756-Texto+do+artigo-3121-1-6-20200715.pdf>. Acesso em: 29 out. 2023.

SILVADO, Carlos Eduardo Soares. O diagnóstico da morte encefálica e a certeza do fim da vida. Gazeta do Povo. Curitiba, p. 1-2. 15 abr. 2018. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/O-diagnostico-da-morte-encefalica-e-a-certeza-do-fim-da-vida-13-49272.shtml>. Acesso em: 29 out. 2023.

SINDEAUX, Ana Cássia Alcântara; et al. Cuidados de enfermagem dispensados ao potencial doador de órgãos em morte encefálica: uma revisão integrativa. Revista Nursing, [s. l], v. 24, n. 272, p. 534-540, 16 nov. 2020. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1115/1319>. Acesso em: 03 abr. 2023.

SOARES, Anna Luíza Lacerda et al. Diabetes Insipidus Central: uma revisão da literatura. Brazilian Journal Of Development. Curitiba, p. 49677-46985. jul. 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/admin,+065+BJD.pdf>. Acesso em: 29 out. 2023.

SOUZA, Diego Henrique de; et al. DETERMINAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA, CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS EM UM HOSPITAL DE ENSINO. Cuidarte Enfermagem, Catanduva - Sp, v. 15, n. 1, p. 53-60, jun. 2021. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2021v1/p.53-60.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2023.

TANNOUS, Luana Alves; YAZBEK, Vera Maria de Cássia; GIUGNI, Juliana Ribeiro; GARBOSSA, Maria Carolina Pospissil; CAMARA, Bruna Martins Dzivielevski da. MANUAL PARA NOTIFICAÇÃO, DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA E MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS. 3. ed. Curitiba:

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2018. 68 p. 3 v. Disponível em: [https://www.paranatransplantes.pr.gov.br/sites/transplantes/arquivos\\_restritos/files/documento/2021-05/manual\\_de\\_diagnostico\\_e\\_manutencao.pdf](https://www.paranatransplantes.pr.gov.br/sites/transplantes/arquivos_restritos/files/documento/2021-05/manual_de_diagnostico_e_manutencao.pdf). Acesso em: 25 out. 2023.

TOLFO, F., Camponogara, S., Montesinos, M. J. L., Siqueira, H. C. H., Scarton, J. & Beck, C. L. C. (2018). La inserción del enfermero en la comisión intrahospitalaria de donación de órganos y tejidos. *Enfermería Global*. 17(2), 185-223.

TRICHES, Guilherme. O exame físico no paciente vítima de morte encefálica. *Revista de Enfermagem*, [s. l], v. 10, n. 1, p. 31-38, out. 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/25130-78391-1-PB.pdf>. Acesso em: 25 out. 2023.

TRIGO, Maria João dos Santos. Cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos e tecidos na Unidade de Cuidados Intensivos. 107 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Instituto Politécnico de Beja, Beja, 2021. Disponível em: [https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5573/1/Maria%2bJo%c3%a3o2bTrigo\\_P DFA.pdf](https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5573/1/Maria%2bJo%c3%a3o2bTrigo_P DFA.pdf). Acesso em: 01 mai. 2023.

WESTPHA, Glauco Adrieno et al. Determinação da morte encefálica no Brasil. *Rev Bras Ter Intensiva*, [s. l], v. 31, n. 3, p. 403-409, fev. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/HRdDLTNGxg8NWxxvM4qWJ9d/?format=pdf>. Acesso em: 29 out. 2023.

## APÊNDICE

### APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA DA PESQUISA



Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI  
 Área de Ciências Biológicas, Médicas e da Saúde  
 Curso: Enfermagem

USO DOS PESQUISADORES  
 NÚMERO DO INSTRUMENTO

CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ Rua Dr. Guilherme Gemballa, n.º 13 | Jardim América – Rio do Sul – SC | CEP: 89160-932 | Fone: (47) 3531-6000 E-mail: diogolaurindo@unidavi.edu.br; E-mail: vanessa.silvapereira@unidavi.edu.br

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA DE PESQUISA:

“A Enfermagem Frente a Assistência Prestada ao Potencial Doador de Órgãos.”

##### Orientações importantes:

- O questionário é anônimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas nem assinar o questionário.
- Sua participação é extremamente importante, mas lembre-se que é voluntária e, portanto, você não é obrigado a participar;
- Essa pesquisa é voluntária e não haverá nenhum ressarcimento financeiro.
- Este questionário enquadra-se na busca de conhecimentos que visam colaborar para uma tese de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), realizada no Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí.
- Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins acadêmicos, sendo realçado que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual e não haverá resposta correta ou errada, por isso solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões.
- Obrigada pela sua colaboração.

#### 1. Área de atuação:

- a. Enfermeiro (a): [ ]
- b. Técnico (a) de enfermagem: [ ]



Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI  
Área de Ciências Biológicas, Médicas e da Saúde  
Curso: Enfermagem

2. Como a equipe de enfermagem organiza seus afazeres frente a um possível potencial doador de órgãos?

---

---

---

---

---

---

3. Você faz alguma coisa de diferente na sua rotina quando há um paciente potencial doador de órgãos? O que seria?

---

---

---

---

---

---

4. Considerando sua área de atuação, quais os cuidados você presta exclusivamente voltado a um paciente com suspeita de morte encefálica?

---

---

---

---

---

---

5. Existe algum cuidado diferenciado dos demais cuidados da equipe, que somente você desempenha, relacionado a um potencial doador de órgãos?

---

---

---



Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI  
Área de Ciências Biológicas, Médicas e da Saúde  
Curso: Enfermagem

---

---

---

6. Existe algum fator que facilita ou dificulta você desempenhar adequadamente seu cuidado a esse paciente? Poderia explicá-los?

---

---

---

---

---

---

7. Quais são os cuidados priorizados por você na atenção ao potencial doador de órgãos? Por quê?

---

---

---

---

---

---

8. Que critérios você utiliza para determinar os cuidados prestados ao potencial doador de órgãos? Ou seja, no que você baseia os cuidados?

---

---

---

---

---

---



Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI  
Área de Ciências Biológicas, Médicas e da Saúde  
Curso: Enfermagem

9. Quais são as medidas tomadas por você para garantir que seu cuidado seja prestado ao potencial doador de órgãos?

---

---

---

---

---

---

## ANEXOS

## ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ**

PROPPEX – Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

**A ENFERMAGEM FRENTE A ASSISTÊNCIA PRESTADA AO POTENCIAL  
DOADOR DE ÓRGÃOS**

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar, basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, \_\_\_\_\_ residente e domiciliado  
\_\_\_\_\_,  
portador da Carteira de Identidade, RG nº \_\_\_\_\_ nascido (a) em  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, concordo de livre e espontânea vontade em participar como  
voluntário da pesquisa A ENFERMAGEM FRENTE A ASSISTÊNCIA PRESTADA AO  
POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS. Declaro que obtive todas as informações  
necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim  
apresentadas. Estou ciente que:

1. A pesquisa tem como objetivo geral elucidar o papel da enfermagem frente a organização dos cuidados prestados ao potencial doador de órgãos. Sendo assim, busca descrever as ações privativas do enfermeiro frente ao atendimento prestado ao potencial doador de órgãos e identificar os cuidados prestados pela equipe de enfermagem para a manutenção fisiológica ao potencial doador de órgãos.

2. A pesquisa é importante de ser realizada, pois este estudo possivelmente possibilitará conhecer a visão e analisar a atuação dos profissionais frente aos cuidados prestados ao potencial doador de órgãos, tema sensível e atual, de importância para a sociedade, bem como contribuir com as pesquisas futuras relacionadas à temática.
3. Participarão da pesquisa os indivíduos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva Geral e Cardíaca e Pronto Socorro da instituição hospitalar pesquisada de todos os turnos de trabalho, que prestam cuidados ou que já prestaram assistências a pacientes em morte encefálica
4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio de um questionário composto por 09 perguntas abertas e fechadas referentes a temática, esse instrumento de coleta de dados será elaborado pela pesquisadora. O tempo de duração para preenchimento do questionário é estimado em média de 15 minutos. Vale ressaltar que os dados obtidos serão de uso exclusivo para a pesquisa. Após o tema do estudo ser apresentado, a pesquisadora poderá aguardar nas unidades de pesquisas até que os pesquisados respondam o questionário, bem como poderá combinar o melhor dia e horário de segunda a sexta-feira para fazer o recolhimento do instrumento preenchido.
5. A pesquisa apresenta risco mínimo, sendo considerado o constrangimento diante das perguntas e respostas, para minimizar os riscos, os dados serão colhidos de forma individualizada, garantiremos sua privacidade, colhendo os dados em local onde o pesquisado se sinta seguro. Para isso se existir a possibilidade de o (a) senhor (a) não se sentir confortável com a continuidade da entrevista esta será encerrada neste momento. A fim de minimizar os riscos, será garantido o anonimato e confidencialidade das informações dos participantes que responderem ao questionário, os nomes dos respectivos indivíduos serão substituídos por uma sequência numérica aleatória e estas pessoas poderão cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Garantimos que a sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo apenas trazer algum desconforto emocional diante da abordagem do tema, advindo da lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis.
6. Enquanto benefícios do estudo pode-se destacar a oportunidade de conhecer a visão e analisar a atuação dos profissionais frente aos cuidados prestados ao

potencial doador de órgãos, tema sensível e atual, de importância para a sociedade, bem como contribuir com as pesquisas futuras relacionadas à temática. Em posse dos resultados do presente estudo, caso as atuações não sejam suficientes, ações de educação continuada, permanente e segurança do paciente poderão ser implementadas com foco nos pontos que se apresentarem mais frágeis, contribuindo assim para a melhoria na qualidade da assistência prestada aos pacientes que se encontram nesta situação. Em contraponto, se for observado que a atuação desses profissionais atende aquilo estabelecido na literatura, utilizando estratégias satisfatórias para execução da assistência, a pesquisa servirá como instrumento de validação do cuidado prestado, e permitirá a replicação deste modelo para outros serviços de saúde.

7. Se houver algum problema ou necessidade, ou caso haja desconforto a entrevista poderá ser interrompida a fim de procedermos à escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim, e só retomaremos a entrevista quando você se sentir à vontade para continuar. A pesquisadora se comprometerá a fornecer suporte emocional, mediante a indicação e agendamento de acompanhamento por profissional de saúde na Clínica de Psicologia do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI), no município de Rio do Sul, em Santa Catarina. Caso eu sinta qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à participação na pesquisa. Se eu julgar necessário, a entrevista será interrompida por tempo indeterminado, até me considerar reestabelecido (a) emocionalmente para o término da entrevista.
8. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a Diogo Laurindo Brasil, responsável pela pesquisa no telefone (47) 3531-6000 ou no endereço: Rua Guilherme Gemballa, Nº13 – Bairro: Jardim América – Cidade: Rio do Sul (SC) – CEP: 89160-932.
9. Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou e-mails: Diogo Laurindo Brasil, e-mail: [diogolaurindo@unidavi.edu.br](mailto:diogolaurindo@unidavi.edu.br) e Vanessa Pereira da Silva, e-mail: [vanessa.silvapereira@unidavi.edu.br](mailto:vanessa.silvapereira@unidavi.edu.br).
10. A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado.

11. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem-estar físico.
12. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. Serão utilizados nomes fictícios, respeitando os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, as informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas.
13. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa através da banca aberta na apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), ou mediante busca dos dados publicados na biblioteca do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI).
14. Não receberei nenhum ressarcimento ou indenização para participar desta pesquisa.

**DECLARO**, outrossim, que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Rio do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
(Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Diogo Laurindo Brasil – Enfermeiro – Conselho Regional de Enfermagem N° 339413. Endereço para contato: Rua Guilherme Gemballa, N°13 – Bairro: Jardim América – Cidade: Rio do Sul (SC) – CEP: 89160-932. Telefone para contato: (47) 3531-6000; E-mail: [diogolaurindo@unidavi.edu.br](mailto:diogolaurindo@unidavi.edu.br).

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDAVI: Rua Dr. Guilherme Gemballa,13 – Caixa Postal 193 - Centro – 89.160-000 – Rio do Sul - PROPPEX - Telefone para contato: (47) 3531- 6026. [etica@unidavi.edu.br](mailto:etica@unidavi.edu.br).

## ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -  
UNIDAVI



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A ENFERMAGEM FRENTE A ASSISTÊNCIA PRESTADA AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS

**Pesquisador:** DIOGO LAURINDO BRASIL

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 70389123.1.0000.5676

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.146.009

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo do tipo exploratório. A pesquisa realizar-se-á em uma instituição hospitalar de grande porte do Alto Vale do Itajaí, nos setores de Pronto Socorro e Unidades de Terapias Intensivas Geral e Cardíaca. A população de estudo será os enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva geral e cardíaca no Pronto Socorro do hospital pesquisado. O instrumento a ser utilizado para coleta de dados será em formato de questionário composto por 9 perguntas abertas e fechadas referentes a temática, esse instrumento de coleta de dados será elaborado pela pesquisadora. Para validação deste questionário realizaremos um teste piloto com três participantes com perfil semelhante aos dos sujeitos pesquisados. O tempo de duração para preenchimento do questionário é estimado em média de 15 minutos. Estima-se 101 participantes de pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Geral:**

Elucidar o papel da enfermagem frente a organização dos cuidados prestados ao potencial doador de órgãos.

**Objetivos Específicos:**

Descrever as ações privativas do enfermeiro frente ao atendimento prestado ao potencial doador

**Endereço:** DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13  
**Bairro:** JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932  
**UF:** SC **Município:** RIO DO SUL  
**Telefone:** (47)3531-6026 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -  
UNIDAVI



Continuação do Parecer: 6.146.009

de órgãos.

Identificar os cuidados prestados pela equipe de enfermagem para a manutenção fisiológica ao potencial doador de órgãos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A pesquisa possui risco mínimo podendo gerar desconforto emocional aos pesquisados, para minimizar os riscos, os dados serão colhidos de forma individualizada, garantiremos sua privacidade, colhendo os dados em local reservado e onde o pesquisado se sinta seguro, e, ao menor sinal de desconforto do pesquisado, ele poderá pedir para encerrar a sua participação, após, o pesquisado será encaminhado pelos pesquisadores, se assim o desejar, ao serviço de psicologia Núcleo de Estudo e Atendimento Psicológico (NEAP).

Benefícios:

Enquanto benefícios do estudo pode-se destacar a oportunidade de conhecer a visão e analisar a atuação dos profissionais frente aos cuidados prestados ao potencial doador de órgãos, tema sensível e atual, de importância para a sociedade, bem como contribuir com as pesquisas futuras relacionadas à temática.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de relevância à população, visto que a doação de órgãos ainda beneficia um número baixo de pacientes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatórios foram apresentados dentro dos preceitos éticos.

**Recomendações:**

Sugere-se a publicação dos resultados ao final da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do Exposto e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, Resolução CNS nº 510 de 2016 e Norma Operacional nº 001 de 2013, o Comitê de Ética - CEP Unidavi manifesta-se pela aprovação sem restrições éticas do protocolo de pesquisa proposto, apto para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser submetido o Relatório Final via Plataforma Brasil.

**Endereço:** DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

**Bairro:** JARDIM AMERICA

**CEP:** 89.160-932

**UF:** SC

**Município:** RIO DO SUL

**Telefone:** (47)3531-6026

**E-mail:** [etica@unidavi.edu.br](mailto:etica@unidavi.edu.br)

**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -  
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 6.146.009

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do Exposto e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, Resolução CNS nº 510 de 2016 e Norma Operacional nº 001 de 2013, o Comitê de Ética - CEP Unidavi manifesta-se pela aprovação sem restrições éticas do protocolo de pesquisa proposto, apto para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser submetido o Relatório Final via Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2141905.pdf	06/06/2023 13:56:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	06/06/2023 13:54:10	Vanessa Pereira da Silva	Aceito
Outros	termo_de_compromisso.pdf	04/06/2023 13:57:45	Vanessa Pereira da Silva	Aceito
Outros	termo_de_util_de_dados.pdf	04/06/2023 13:56:58	Vanessa Pereira da Silva	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	04/06/2023 13:52:26	Vanessa Pereira da Silva	Aceito
Outros	NEAP.pdf	04/06/2023 13:43:50	Vanessa Pereira da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/06/2023 13:40:23	Vanessa Pereira da Silva	Aceito
Folha de Rosto	vanessa.pdf	04/06/2023 13:37:51	Vanessa Pereira da Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13  
**Bairro:** JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932  
**UF:** SC **Município:** RIO DO SUL  
**Telefone:** (47)3531-6026 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -  
UNIDAVI



Continuação do Parecer: 6.146.009

RIO DO SUL, 27 de Junho de 2023

---

**Assinado por:**  
**JOSIE BUDAG MATSUDA**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

**Bairro:** JARDIM AMERICA

**CEP:** 89.160-932

**UF:** SC

**Município:** RIO DO SUL

**Telefone:** (47)3531-6026

**E-mail:** [etica@unidavi.edu.br](mailto:etica@unidavi.edu.br)