

Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem ao Paciente Potencial Doador de Órgãos

Nursing Identification Diagnosis to the Potential Organ Donor Patient

Mariana Bianchi^{**}; Lilian Garcia Accinelli^a; Marisa Antonio Silva^a; Alexandro Marcos Menegócio^a

^aFaculdade Anhanguera de Indaiatuba, Curso de Enfermagem, SP, Brasil

*E-mail: marianabianchi2015@gmail.com

Resumo

O paciente potencial doador de órgãos em morte encefálica é um paciente grave de alta complexidade. O objetivo deste estudo é identificar no enfermeiro suas competências em relação ao paciente potencial doador de órgãos em morte encefálica estabelecendo perspectivas em relação à sistematização, à família e à equipe de enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativo, realizado através de revisão literária que teve como base dados eletrônicos como a *Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde* (Lilacs) e a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) durante o período de 2000 a 2013. Os resultados do estudo estão organizados nos seguintes tópicos: o significado da morte, a família do doador, o protocolo de morte encefálica, a atuação do enfermeiro e a sistematização da assistência de enfermagem. Considera-se essencial que o enfermeiro tenha conhecimento técnico-científico, habilidades e pensamento crítico para atuar nesse cenário interdisciplinar e direcionar sua equipe de enfermagem.

Palavras-chave: Morte Encefálica. Potencial Doador. Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Abstract

The potential patient organ donor with brain death is a serious patient of high complexity. The goal of this study is to identify at the nurse their skills in relation to the potential organ donor patient with brain death establishing perspectives on the systematization, family and the nursing staff. This is a descriptive, exploratory and quantitative study through literature review that was based on electronic data such as the Latin American Literature on Health Sciences (LILACS) and the Scientific and Electronic Library Online (SciELO) within 2000-2013. The study results are organized as it follows: the meaning of death, the donor family, the brain death protocol, the nurse's performance and systematization of nursing care. It is essential that nurses have technical-scientific knowledge and critical skills to work in this interdisciplinary setting and direct their nursing staff thought.

Keywords: Brain Death. Potential Donor. Nursing Care Systematization.

1 Introdução

Morte encefálica - ME é definida como parada irreversível das funções do encéfalo, ou seja, do córtex cerebral, telencéfalo e tronco cerebral, com base na resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM no 1.480/97, que atende às disposições da lei no 9.434/97; isto significa que, como resultado de severa agressão ou ferimento grave no cérebro, o sangue que vem do corpo e supre o cérebro é bloqueado e o cérebro morre. A morte encefálica é permanentemente irreversível.

O profissional de enfermagem, no contato com o doador ou o receptor, deve considerar os conhecimentos sobre os direitos humanos, ética e legislação sobre a morte cerebral e doação de órgãos, não esquecendo os aspectos culturais, psicológicos e religiosos envolvidos.

Viana e Whitaker (2011) dizem que a assistência em enfermagem envolve emoções e sentimentos como insegurança, angústia, pena, medo e raiva, sendo importante o preparo do profissional para lidar com os conflitos que possam surgir. Para tanto, é importante oferecer informação adequada às suas necessidades, dando apoio e trabalhando o luto, quando necessário. Deve-se ressaltar para a equipe a ética do

transplante, seu fim benéfico, salvando e trazendo qualidade de vida a muitas pessoas, servindo de estímulo para o cuidado do paciente potencial doador.

Guetti e Marques (2008) complementam ser necessário que todo profissional de saúde esteja familiarizado com o conceito de morte encefálica, para que a aplicação da tecnologia na sustentação da vida seja benéfica, individual e socialmente comprometida, e não apenas promotora de intervenção inadequada, extensão do sofrimento e angústia familiar e prolongamento inútil e artificial da vida.

Ao ser estabelecido o diagnóstico de morte encefálica, tem início, imediatamente, o esclarecimento aos familiares sobre o que ela significa e a perspectiva de que é possível a doação humanitária de órgãos e tecidos (MORATO, 2009).

Uma das condutas do enfermeiro é a notificação do diagnóstico à central de transplante, obrigatória por lei; nesse momento, devem se iniciar também os exames de classificação do potencial doador (MORATO, 2009).

A manutenção do potencial doador inclui desde o seu reconhecimento e posterior confirmação, o pleno conhecimento de todas as formalidades legais envolvidas

no processo, a prevenção, a detecção precoce e o manuseio imediato das principais complicações advindas da ME, para que os órgãos possam ser retirados e transplantados nas melhores condições funcionais possíveis.

O cuidado de um paciente em morte encefálica é vivenciado por enfermeiros como uma situação desafiadora do ponto de vista ético e profissional, pois requer ações que exigem grande responsabilidade tanto diante da família como na assistência ao paciente potencial doador em morte encefálica.

Este estudo tem como objetivo identificar no enfermeiro suas competências em relação ao paciente potencial doador de órgãos em morte encefálica, estabelecendo perspectivas em relação à sistematização, à família e à equipe de enfermagem.

2 Desenvolvimento

2.1 Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem quantitativa. A revisão bibliográfica foi feita utilizando-se o levantamento em bases de dados eletrônicas como a *Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde* (LILACS) e a *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), com as seguintes palavras-chave: *morte encefálica, potencial doador de órgãos, assistência de enfermagem e atuação do enfermeiro*. Os critérios de inclusão para análise foram publicações em artigos e periódicos, entre o período de 2000 a 2013, e os de exclusão foram artigos fora do período estabelecido para a revisão bibliográfica.

2.2 Discussão

2.2.1 O significado da morte

Os profissionais expressam conceitos contraditórios a respeito do significado da morte. De um lado, percebem-na como fim, perda, que desperta sentimentos de tristeza e medo e, concomitantemente, evidenciam-na como possibilidade de vida, representada pela doação de órgãos.

Silva (2003) diz que o profissional, ao pensar na morte e no morrer, atribui o significado de finitude associado à transitoriedade da matéria, que está relacionado a sentimentos de perda, tristeza, angústia e saudade. Descreve que a morte significa passagem, transformação e renascimento, relacionando essa perspectiva a crenças religiosas e, por fim, confere significados contraditórios à morte. Por um lado, a morte significa fim e perda, despertando sentimentos de tristeza e medo e, por outro, ela pode representar a possibilidade de vida em função da doação.

Ressalta ainda que a morte é um fato que desperta sentimento de tristeza diante da finitude e que o profissional de captação de órgãos vivencia a morte e o morrer em seu cotidiano ao cuidar do paciente em morte encefálica, o que faz com que esse profissional, provavelmente, pense com frequência em sua própria morte ou na de outro, gerando tristeza.

Santos (2004), em seu artigo sobre processo de doação, diz que o enfermeiro da captação de órgãos vê-se diante de

um dilema ao cuidar de uma pessoa morta que, ao mesmo tempo, possibilita a vida.

A compreensão da morte como algo “natural” é vista por diversos autores como uma estratégia de fuga dos sentimentos, para minimizar a sensação de impotência ao vivenciar a morte do outro.

Na captação de órgãos, o enfermeiro cuida do morto na expectativa de gerar vida por meio da doação. Pode-se observar que o medo da morte, visto pelo prisma pessoal, evidencia a necessidade de se desenvolverem formas de se conviver com ela, podendo-se classificá-la como algo natural, na tentativa de preservar-se pelo fato desse convívio gerar sofrimento.

2.2.2 A família do doador

Os potenciais doadores (PD) geralmente são vítimas de mortes súbitas e precoces e, muitas vezes, decorrentes da violência social. Seus familiares expressam seu pesar de forma diferente diante da morte.

Parkes (2000) afirma que a combinação de morte repentina, inesperada, violenta e precoce associada ao sentimento de raiva, somada à lentidão do processo legal de sepultamento, pode levar a família ao estresse e gerar problemas psicológicos duradouros.

Estar diante da família do potencial doador se torna um conflito vivenciado pelo enfermeiro de captação, sendo referido que esse é o momento mais difícil e estressante de todo o processo. Nesse instante, o profissional encontra-se diante de um dilema: respeitar a dor da perda dos familiares ou solicitar a doação dos órgãos, pois se considera que o pedido da doação, naquele momento, poderá ser agressivo ao familiar, gerando incertezas quanto à realidade do processo de doação (MORATO, 2009).

Ainda sobre os sentimentos vivenciados pela família, Silva (2003) relata que essa é uma experiência complexa e de enorme sofrimento, inicialmente pela diversidade de reações que a família apresenta: revolta, dúvida, desconfiança e apatia. Os enfermeiros devem reconhecer a delicadeza e o respeito necessário a esse momento, que é de grande dor para os familiares; os enfermeiros sofrem porque entendem que nessa situação precisam desempenhar seu papel profissional, ainda que se questione sua atitude quanto ao direito de causar mais dor aos familiares.

É fundamental o enfermeiro estabelecer uma relação de confiança e reciprocidade, principalmente no processo da doação, já que a família, muitas vezes, vê esse momento com desconfiança, por causa da falta de assistência adequada, pelo não conhecimento do conceito de morte encefálica e pelo fato de não aceitar a morte.

2.2.3 O protocolo de morte encefálica

O protocolo é baseado na resolução 1.480/97 do CFM, que regulamenta o diagnóstico de ME. Deve ser aberto o protocolo para todos os pacientes com suspeita de morte

encefálica, independente da possibilidade de doação ou não de órgãos e tecidos. O diagnóstico de ME é obrigatório, e a notificação é compulsória para a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos / CNCDO (KAUFMANN, 2004).

Silva (2002) afirma que no Brasil são necessários dois exames clínicos e um exame complementar; as avaliações clínicas devem ser realizadas por dois médicos diferentes, sendo uma destas avaliações efetuada por um neurologista ou neurocirurgião. Esses médicos não podem fazer parte de equipes de captação e transplante.

Refere ainda que a avaliação clínica deve buscar ausência de atividade do tronco encefálico e do cérebro. O exame complementar deve avaliar: ausência de atividade elétrica cerebral (EEG) ou ausência de fluxo sanguíneo cerebral (*doppler* transcraniano, cintilografia cerebral, TC com xenônio ou arteriografia) ou ausência de atividade metabólica cerebral. Ele pode ser realizado após abertura do protocolo ou após segunda avaliação clínica. O intervalo entre as avaliações clínicas depende da idade do paciente. O óbito será constatado na hora da segunda avaliação ou do exame complementar, o que ocorrer por último.

Segundo Lago (2003), quando o paciente faz uso de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central, o profissional deve conhecer a via de metabolização e eliminação da droga, idade do paciente e funcionamento dos órgãos que metabolizam e eliminam esses fármacos. As medicações mais usadas nas emergências são: derivados benzodiazepínicos, barbitúricos, opioides, bloqueadores neuromusculares.

Para Kaufmann (2004), o diagnóstico de ME deve respeitar os seguintes critérios de avaliação:

1. Arreatividade supra-espinhal: Ausência total de atividade do tronco cerebral e cérebro. Teste: Proceda a estímulo doloroso por meio de pressão do leito ungueal dos 4 membros e região supra-orbitária. Interpretação: Ausência de resposta motora voluntária supra-espinhal nos quatro membros e face.
2. Pupilas paralíticas (II e III nervos cranianos): pupilas midriáticas (4-9 mm), sendo que pode haver discreta anisocoria, devendo as mesmas estar fixas e arreativas ao estímulo luminoso. Interpretação: Ausência de resposta ao estímulo luminoso.
3. Ausência do reflexo córneo palpebral (V e VII nervos cranianos): Estimula-se a córnea com um cotonete ou gaze e observa-se se ocorre piscamento. Interpretação: Ausência de reflexo palpebral quando não ocorre o piscamento.
4. Ausência de reflexo oculocefálico (III, IV, VI e VIII nervos cranianos): Deve ser feito após exclusão de lesão da coluna cervical, movendo-se a cabeça em movimento de rotação com pausa no final do movimento e após com movimentos de extensão e flexão do pescoço, observando se há movimentos oculares. Interpretação: Considerado positivo para o diagnóstico de ME quando

não há movimentos dos olhos (olhos fixos).

5. Ausência de resposta às provas calóricas (III, VI e VIII nervos cranianos): Deve ser avaliada a integridade da membrana timpânica através de um exame de otoscopia. Colocar cabeceira do paciente elevada a 300 e usar 50 ml de soro fisiológico 0,9% ou água gelada (próximo a 0 °C), procedendo-se à irrigação de cada conduto auditivo separadamente; aguardam-se 5 minutos entre um exame e outro. Durante o exame manter os olhos do paciente aberto. Interpretação: Observar se existem movimentos dos olhos, sem movimentos o teste é considerado positivo.
6. Ausência de reflexo de tosse (IX e X nervos cranianos): Estimula-se a traqueia ou orofaringe com uma sonda longa e observa-se se existe alguma resposta ao estímulo. Interpretação: Ausência de movimentos respiratórios e tosse.
7. Teste da apneia: Deve ser o último teste a ser realizado. Tem como objetivo avaliar se a região baixa do tronco encefálico (bulbo) está íntegra. É o exame mais importante, pois a hipercapnia é o maior estímulo ao centro respiratório.

2.2.4 Atuação do enfermeiro: sistematização da assistência de enfermagem

Viliber (2007) relata que a atuação do enfermeiro na detecção precoce de pacientes com critérios para abertura do protocolo de ME é fundamental para possibilitar o diagnóstico e a conclusão de todas as etapas em tempo hábil, de forma a garantir a viabilidade dos órgãos para transplantes.

Sendo então a morte encefálica a cessação de todo o funcionamento do cérebro e do tronco encefálico, com manutenção temporária das funções ventilatórias e circulatórias no intuito de maximizar o cuidado, verifica-se que é de extrema importância o empenho dos médicos, dos enfermeiros e da equipe de saúde. A enfermagem tem um papel importante no processo do cuidar, por estar diretamente e em tempo integral com o paciente em morte encefálica. Podemos salvar vidas a partir da morte amparando o cuidado com o auxílio de aparelhos e mantendo condições ideais para manutenção dos órgãos. É certo que diagnosticar precocemente a morte encefálica é responsabilidade do médico intensivista com a participação do neurologista. Porém, é ímpar e de fundamental importância a atuação do enfermeiro (SARDINHA, 2002).

A atuação do enfermeiro na prestação de uma assistência adequada permite, junto à equipe multiprofissional, incentivar, ensinar e atualizar os profissionais que assistem o paciente em ME. Deve-se enfatizar a sua relevância em assumir responsabilidade de promover e reconhecer as medidas terapêuticas adequadas, não permitindo menores investimentos cuidadosos por parte da equipe, principalmente quando não há definição sobre a doação (GUETTI; MARQUES, 2008).

O paciente em ME necessita de manutenção rigorosa para preservação de órgãos em bom estado para serem doados. Cuidar de potenciais doadores de órgãos requer a manutenção de ventilação artificial, pois há alteração na troca gasosa em decorrência do edema pulmonar neurogênico, do trauma pulmonar, de infecção e das atelectasias. É essencial aspirar secreção traqueal sempre que necessário, a fim de melhorar a oxigenação tecidual; observar a função renal (através de volume e diurese); controlar a reposição de líquidos; aquecer o paciente, controlando sempre a temperatura, são também cuidados fundamentais.

Deve-se manter controle hídrico rigoroso e as drogas vasoativas deverão ser severamente controladas. Os sinais vitais devem ser verificados e anotados, bem como observar perfusão. Esses parâmetros são importantes em razão da disfunção cardiovascular que ocorre no paciente. Sardinha (2002) ressalta o cuidar das córneas através do umedecimento e a manutenção de um rigoroso controle de assepsia, com intuito de evitar processos infecciosos.

Para Guetti e Marques (2008), a equipe de enfermagem deve estar atenta à mudança da coloração da diurese (hematúria), gengivorragias ou sangramento persistente em locais de punções vasculares. Atentar-se ao paciente em uso de nitroprussiato de sódio, gotejamento rigorosamente controlado e pressão arterial monitorizada, de maneira invasiva ou não, e de forma intensiva.

O enfermeiro deve ainda estar atento aos níveis glicêmicos quando houver hiperglicemia. Esta deve ser controlada realizando-se dosagens seriadas de glicose sanguínea. Se não for possível, realizar controle de glicemia capilar, no mínimo de quatro em quatro horas. Outro aspecto importante que a enfermagem deve atentar-se é quanto à reposição volêmica, pois deverá ser realizada através de uma veia calibrosa periférica e as drogas vasoativas devem ser administradas em veias centrais.

Guetti e Marques (2008) enfatizam que o momento da declaração da morte encefálica é crítico, com mudanças drásticas das prioridades de tratamento. A prioridade do enfermeiro passa a ser voltada para dar suporte fisiológico adequado e assim possibilitar a doação e potencializar o

sucesso dos órgãos transplantados. Tendo em vista um potencial doador, a equipe de enfermagem não otimiza cuidados diferenciados, que visam melhoria na doação de órgãos, pois o corpo nessa etapa é incapaz de realizar funções básicas na manutenção destes, devido à morte do SNC (Sistema Nervoso Central).

A equipe de saúde trabalha fazendo desse cuidado a valorização do ser humano, não deixando de prestar uma assistência igualitária ao não doador de órgãos, porém não otimiza os cuidados necessários para viabilizar maior número de doações. Assim, torna menor a esperança de alguém que está a sofrer dias, meses, semanas ou anos à espera de um transplante (VILIBOR 2007).

Segundo o estudo realizado por Pestana (2011) num hospital universitário no Nordeste brasileiro, descobriu-se que os sentimentos e as percepções dos enfermeiros são diversas e ambivalentes diante do processo de cuidado ao ser em ME. Demonstram-se emoções reprimidas na UTI como estresse, sofrimento, choro e sufoco. Além de tristeza e frustração, quando o paciente não pode ser doador e vai a óbito; decepção quando o processo de doação não acontece ou foi interrompido. Sentem também gratificação por cuidar desse tipo de paciente, mas também reações duvidosas e confusas em saber se o paciente em ME está realmente morto ou se estão cuidando da vida.

Enfatizamos a importância de promover uma assistência humanizada e cuidadosa ao paciente potencial doador de órgãos em ME; sendo um paciente grave de alta complexidade, deve-se ter competências, habilidades e atitudes pertinentes ao mesmo.

2.2.5 Diagnósticos e prescrições de enfermagem

Os diagnósticos de enfermagem descrevem os problemas de saúde atual ou potencial dos pacientes, que são solucionados pelas intervenções de enfermagem. Cada diagnóstico de enfermagem tem etiologia ou fatores relacionados que contribuem para manter o problema; sua resolução ou modificação serve como foco para a intervenção de enfermagem. Neste caso, os problemas potenciais e fatores de risco são identificados. (NANDA, 2013).

Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem
<p>Capacidade adaptativa intracraniana diminuída: caracterizada pela pressão intracraniana (PIC) basal > 10 mmHg, relacionado a lesão cerebral (NANDA, 2013).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manter decúbito elevado em 45°; - Atentar para tratamento farmacológico quando houver hipertensão; - Observar otorragias e comunicar enfermeiro; - Observar sinais flogísticos em inserção da PIC; - Trocar curativo e higienizar local da inserção da PIC com clorexidina alcoólica após o banho.

O líquido cefalorraquidiano é produzido nos ventrículos cerebrais e distribuído pelo quarto ventrículo, sua reabsorção ocorrendo nas vilosidades aracnóideas. Na ME pode ocorrer

da circulação líquórica que causam dificuldade na reabsorção do LCR aumentando a pressão intracraniana (WESTPHAL, 2011).

Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem
Débito Cardíaco Diminuído: caracterizado pelo débito cardíaco diminuído, bradicardias, pressão venosa central aumentada, relacionado ao uso de drogas vasoativas e volume de ejeção alterado (NANDA, 2013, p. 162).	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorização de SSVV de 1 em 1 hora; - Monitorizar PVC a cada 3 horas; - Atentar rigorosamente à administração das drogas vasoativas prescritas; - Atentar para coloração da pele e extremidades e comunicar enfermeiro se houver alteração.

Débito cardíaco diminuído é definido como a quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais. A bradicardia que se segue à infusão de AVP também pode ser explicada devido ao seu efeito cronotrópico direto sobre o nó sinoatrial ou, ainda, por sua ação depressora sobre o miocárdio, direta ou secundária à vasoconstrição das artérias coronárias (GUYTON, 2006).

Durante a evolução para a ME ocorrem diversas alterações fisiológicas como resposta à perda das funções do tronco cerebral. Uma das alterações mais significativas é a instabilidade hemodinâmica. A fase inicial relacionada à hiperatividade adrenérgica é percebida clinicamente por

taquicardia, hipertensão, aumento da resistência vascular sistêmica e aumento do consumo de oxigênio pelo miocárdio. Há caracteristicamente um aumento mais acentuado da pressão sistólica que da diastólica. O suporte vasopressor e inotrópico deve ser baseado na lógica fisiológica, pois não há estudos definitivos nesta área. Caso a pressão arterial (PA) mínima não seja alcançada ou mantida depois da adequada expansão volêmica, devem-se iniciar drogas vasopressoras ou inotrópicas. A infusão destes fármacos sem a restauração volêmica pode resultar em arritmias, piora da hipotensão (no caso da dobutamina) ou vasoconstrição exagerada seguida de isquemia de múltiplos órgãos (WESTPHAL, 2011).

Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem
Hipotermia: caracterizada pela temperatura inferior a 36 ^o C e pele fria, relacionadas à perda centro termo regulador (NANDA, 2013, p. 368)	<ul style="list-style-type: none"> - Manter temperatura corporal entre 36°C e 37, 5°C; - Manter ambiente e leito aquecidos; - Usar manta térmica, - Verificar temperatura de 30 em 30 minutos; - Aquecer soros a temperatura de 36^o C antes de infundi-los; - Monitoração respiratória; - Regulação hemodinâmica (enfermeiro).

Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem
Risco de glicemia instável: relacionado ao uso de solução glicosada e jejum. (NANDA, 2013, p. 103)	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar glicemia capilar de 4 em 4 horas com objetivo de manter a glicemia capilar entre 140 – 180 mg/dl (AMIB, 2011) ; - Realizar rodízio dos locais de punção capilar.

Diagnóstico justificado pela lesão cerebral que pode afetar área do hipotálamo, que é responsável pela termorregulação, integrando os impulsos térmicos provenientes da superfície cutânea e dos tecidos profundos. A precisão do controle termorregulador está diminuída ou inexistente em pacientes e morte cerebral (GUYTON, 2006).

Esse diagnóstico é justificado pelo risco que o paciente tem de hipoglicemia e icemia: definida pelo risco de variação da glicose, dos níveis de açúcares no sangue a partir da variação normal, relacionadas aos fatores de riscos: dieta e medicamentos, monitoração inadequada da glicose sanguínea (GUYTON, 2006).

Conforme as diretrizes da medicina, o uso de suporte nutricional no paciente grave deve ser realizado para prover combustível exógeno para manter a massa

magra e função imune, assim como evitar complicações metabólicas. Entretanto, em situações de instabilidade hemodinâmica grave, em que há necessidade de altas doses de vasopressores, a dieta deve ser suspensa até reversão do quadro. A tempestade simpática que se instala no potencial doador falecido aumenta intensamente a gliconeogênese, a qual ocorre em razão da maior resistência à insulina nos tecidos periféricos e com diminuição da liberação de insulina pelo pâncreas, resultando quase sempre em importante hiperglicemia. O controle rigoroso da glicemia, mantendo-a entre 80 mg/dl e 110 mg/dl, demonstra aumento da mortalidade no grupo de pacientes em que se perseguiu a normoglicemia. Portanto a recomendação da AMIB é que se mantenha os níveis glicêmicos entre 140 mg/dl e 180 mg/dl (WESTPHAL, 2011).

Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem
Troca de gases prejudicados: caracterizada por alterações no equilíbrio ácido - básico, relacionada à alteração na ventilação / perfusão (NANDA, 2013, p. 136).	<ul style="list-style-type: none"> - Manter parâmetros do ventilador mecânico; - Monitorizar a administração e eficácia da oxigenioterapia e comunicar enfermeiro se houver alteração; - Atentar para mudança na coloração da pele, principalmente cianose de extremidades; - Manter o paciente em decúbito elevado, quando possível e conforme prescrição médica; - Controlar o nível nutricional obedecendo rigorosamente aos horários de administração das dietas (enteral e parenteral), e ter cuidados especiais com os balonetes das cânulas durante administração da dieta, certificando-se da insuflação dos mesmos; - Coletar amostras de sangue arterial para dosagem de gases (enfermeiro) de 4 em 4 horas.

Após validação do referido diagnóstico tendo como fator relacionado o desequilíbrio na ventilação e perfusão está sendo justificado pela incapacidade para ventilar o suficiente para satisfazer a demanda de ar e está associado ao acúmulo de dióxido de carbono (CO₂) nos líquidos corporais (GUYTON, 2006, p. 433).

Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem
Risco de volume de líquidos deficiente: relacionado ao volume urinário elevado, perdas por sonda nasogástrica (NANDA, 2013, p. 111).	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar e anotar balanço hídrico de hora em hora; - Realizar e anotar drenagem da SNG ao final do plantão e sempre que necessário; - Monitorar: Pressão Venosa Central (PVC) de 4 em 4 horas, sendo a meta valores entre 06 – 10 mmHg; - Observar, anotar e comunicar enfermeiro sinais de choque.

Esse diagnóstico é justificado cientificamente pelo choque hipovolêmico ou presença de hemorragia que apresentam risco de desidratação vascular ou intravascular. A alteração dessa necessidade humana pode fazer com o paciente entre num quadro de desidratação, alterando os níveis de eletrólitos no organismo, levando à insuficiência de múltiplos órgãos e consequentemente levando ao descarte do doador (GUYTON, 2006).

Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem
Risco para infecção: relacionado ao uso de cateteres centrais e periféricos (NANDA, 2013, p. 327)	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar compressas frias ou mornas conforme prescrição; - Atentar para sangramentos, hipertermia e aparecimento de lesões cutâneas; - Implementar cuidados com sondas, drenos e cateteres (enfermeiro); - Observar sítio da punção e comunicar sinais de inflamação após o banho; - Realizar curativo diário em inserção dos cateteres utilizando SF 0,9% e clorexidina alcoólica 0,5% e mantê-los ocluídos sempre após o banho; - Lavar as mãos antes e após procedimentos com o paciente; - Usar EPIs de precaução padrão.

Esse diagnóstico de risco de infecção é o um dos mais importantes para a enfermagem, pois o sucesso da captação dos órgãos depende da ausência de infecção, portanto a enfermagem deve zelar para que o doador não seja descartado devido a infecção. O diagnóstico acima foi escolhido devido às dificuldades emocionais que os profissionais de enfermagem têm ao tratar de um paciente em morte encefálica.

Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem
Ansiedade da equipe de enfermagem: caracterizada pelo nervosismo e pesar, relacionado às crises situacionais e ao estresse (NANDA, 2013, p. 264)	<ul style="list-style-type: none"> - Alternar a assistência ao paciente entre os dias de plantão; - Comunicar ao enfermeiro sentimentos em relação ao paciente em morte encefálica; - Promover educação permanente.

Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem
Pesar dos familiares: caracterizado pela dor, manutenção de conexão com o falecido e sofrimento, relacionado à antecipação da perda de pessoa significativa (NANDA, 2013, p. 288)	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer apoio emocional aos familiares do paciente (enfermeiro e equipe); - Esclarecer dúvidas aos familiares sobre a morte encefálica e doação de órgãos (enfermeiro).

Esse diagnóstico foi selecionado pensando nos familiares do paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos de certa forma que, esse assunto é muito amplo e muitos ainda desconhecem os detalhes do processo

de captação dos órgãos. Visa levar informações para facilitar a aceitação dos familiares frente ao diagnóstico de ME e a tomada de decisão em relação a doação diminuindo o pesar.

Diagnóstico de Enfermagem	Prescrição de Enfermagem
Déficit de conhecimento da equipe de enfermagem associado à fisiopatologia da morte encefálica: caracterizado pela falta de conhecimento e relacionado á conflitos éticos. (ARAÚJO e MASSAROLLO, 2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Manter atualização técnico-científica constante sobre a morte encefálica; - Promover reuniões, estudos de caso com a equipe interdisciplinar; - Promover educação permanente através de cursos, palestras, workshops com a equipe de enfermagem.

A análise dos resultados permite refletir sobre as percepções dos enfermeiros que se depararam com conflitos éticos na sua prática profissional durante processo de doação de órgãos e oferece subsídios para que os profissionais busquem o aprimoramento de suas ações, podendo assim, potencializar a resolutividade dos conflitos éticos na doação de órgãos e tecidos para transplante (ARAÚJO; MASSAROLLO, 2014).

Nessa pesquisa, a busca dos diagnósticos e a elaboração das prescrições de enfermagem impulsionaram o nosso pensamento crítico, resgatando a necessidade de conhecer todas as disciplinas que compreendem os saberes da enfermagem.

3 Conclusão

A manutenção do potencial doador inclui, desde o seu reconhecimento e posterior confirmação, o pleno conhecimento e manuseio imediato das principais complicações advindas da ME, além da assistência da equipe multidisciplinar e bem treinada. Devido à crescente necessidade de doação de órgãos, é notório que a enfermagem desenvolve um papel de suma importância nesse cenário, pois a assistência adequada é imprescindível para efetivação do sucesso da doação. Salientamos a necessidade de revisão e aperfeiçoamento dos currículos de graduação de enfermagem, assim como cursos e educação permanente para promover e disseminar o conhecimento nas dimensões técnica – científica e humana no processo do cuidado do paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos.

Por fim consideramos que o diagnóstico de enfermagem se tornou muito importante, pois, é através dele, que o enfermeiro prescreve cuidados de enfermagem que farão a total diferença na manutenção do paciente.

Referências

ARAÚJO, M.N.; MASSAROLLO. M.C.K.B. Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros no processo de doação de órgãos. *Acta Paul. Enferm.*, v.27, p.215-220, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.480/97. 1997. Disponível em: http://site hc.unicamp.br/servicos/cco/formularios/07_form.pdf acesso em 20 mar. 2014.

GUETTI, N.R.; MARQUES I.R. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Rev. Bras. Enferm.*, v.61, n.1, p.91-97, 2008.

GUYTON, A.C. *Tratado de fisiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

KAUFMANN, M.L.; RODRIGUES FILHO, E. M. Doação de órgãos: morte encefálica In:

DAVID, C.M. *Medicina intensiva*. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

LAGO, P.M.; PIVA, J.P. Analgesia e sedação em situações de emergências e unidades de tratamento intensivo pediátrico. *J. Pediatr.*, v. 79, p.1-14, 2003.

MORATO, E.G. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnósticos e atualização. *Rev. Med. Minas Gerais*, v.19, n.3, p.227-236, 2009.

NANDA. *Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PARKES, C.M. *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus, 2000.

PESTANA, A.L. *Desvelando relações e interações múltiplas do ser enfermeiro na complexidade do cuidado ao ser em morte encefálica na Unidade de Terapia Intensiva* Florianópolis: UFSC, 2011.

SANTOS, M.J. *Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres*. São Paulo: USP, 2004.

SARDINHA, L.A.C.; DANTAS FILHO, V.P. Morte encefálica. In: CRUZ J. *Neurointensivismo*. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 187-235.

SILVA, A.L.L.; RUIZ, E.M. Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de enfermagem. *Rev. Estud. Psicol.*, v.20 n.1, p.15-25, 2003.

SILVA, S.P. Morte encefálica. Processo. Consulta CFM nº 2.231/2002. 2002. Disponível em: <http://www.portalmédico.or.br/pareceres/cfm> > acesso em: 20 set. 2014.

VIANA, R.A.P.P.; WHITAKER, I.Y. *Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências*. São Paulo: Artmed, 2011.

VILIBOR, R.A. *Diagnóstico de morte encefálica*. Curso de formação de coordenadores intrahospitalar de transplante. São Paulo: ABTO; 2007.

WESTPHAL, G.A. et al. *Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido*. AMIB (Associação dos Médicos Intensivistas do Brasil), 2011. Disponível em: <http://www.amib.org.br>. Acesso em: 20 set. 2014.