

CUIDADO É FUNDAMENTAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO • ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO

PESQUISA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10229

CONHECIMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA E MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR

Knowledge of the health team about brain death protocol and maintenance of potential donor

Conocimiento del equipo de salud sobre el protocolo de muerte cerebral y el mantenimiento de posibles donantes

Vânia Chagas da Costa¹, Monique Maria de Lima Nascimento², José Erivonaldo Lira da Silva³, Bruna Catarina Viana da Silva⁴, Nathália Rodrigues Martins de Melo⁵, Tânia Maria Rocha Guimarães⁶

Como citar este artigo:

Costa VC, Nascimento MML, Silva JEL, Silva BCV, Melo NRM, Guimarães TMR. Conhecimento da equipe desaúde sobre protocolo de morte encefálica e manutenção do potencial doador. 2021 jan/dez; 13:1499-1505. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10229>.

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento da equipe de saúde da Unidade de Terapia Intensiva de adulto sobre protocolo de morte encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplantes. **Método:** estudo transversal, observacional, analítico desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva adulto, de um hospital de alta complexidade do Nordeste brasileiro, no período de julho a setembro de 2019. A amostra foi de conveniência, formada por 22 profissionais, enfermeiros, médicos e fisioterapeutas. **Resultados:** a maioria dos entrevistados apresentou conhecimento adequado sobre os procedimentos necessários para abertura do protocolo de morte encefálica, entretanto, não soube informar adequadamente quais profissionais têm competência para abertura do protocolo, desconhece quando deve ser iniciado o processo de manutenção do potencial doador de órgãos e apresentaram déficit de conhecimentos sobre suas atribuições. **Conclusão:** identificamos a necessidade de capacitação da equipe de saúde entrevistada sobre o protocolo de morte encefálica, doação de órgãos e tecidos, com foco na manutenção do potencial doador.

Descritores: Educação em saúde; Equipe de assistência ao paciente; Dadores de tecidos; Obtenção de tecidos e órgãos; Transplante.

1 Enfermeira. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Pernambuco. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Universidade de Pernambuco. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1992-2879>

2 Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Universidade de Pernambuco. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5236-2834>

3 Acadêmico de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Universidade de Pernambuco. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3336-069X>

4 Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Universidade de Pernambuco. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3807-0808>

5 Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Universidade de Pernambuco. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0307-4091>

6 Enfermeira. Doutora em Biologia Celular e Estrutural-UNICAMP. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Universidade de Pernambuco. Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6950-2015>

ABSTRACT

Objective: to analyze the knowledge of the health team of the adult Intensive Care Unit about brain death protocol and maintenance of potential organ and tissue donors for transplants. **Methods:** cross-sectional, observational, analytical study developed in the adult intensive care unit of a high complexity hospital in northeastern Brazil, from July to September 2019. The sample was of convenience, composed of 22 professionals, nurses, physicians and physiotherapists. **Results:** the majority presented adequate knowledge about the procedures necessary to open the brain death protocol, however, does not know which professionals have competence to open the protocol, does not know when the process of maintaining the potential organ donor, presented a lack of knowledge about their attributions. **Conclusion:** we identified the need for training of the health team interviewed on the brain death protocol, organ and tissue donation, with a focus on maintaining the potential donor.

Descriptors: Health education; Patient care team; Tissue donors; Tissue and organ procurement; Transplantation.

RESUMEN

Objetivo: analizar el conocimiento del equipo de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos para adultos sobre el protocolo de muerte cerebral y el mantenimiento de posibles donantes de órganos y tejidos para trasplantes. **Métodos:** estudio transversal, observacional y analítico desarrollado en la unidad de cuidados intensivos para adultos de un hospital de alta complejidad en el noreste de Brasil, de julio a septiembre de 2019. La muestra fue de conveniencia, compuesta por 22 profesionales, enfermeras, médicos y fisioterapeutas. **Resultados:** la mayoría presentó conocimientos adecuados sobre los procedimientos necesarios para abrir el protocolo de muerte cerebral, sin embargo, no sabe qué profesionales tienen competencia para abrir el protocolo, consciente de cuándo debe iniciarse el proceso de mantenimiento del donante potencial de órganos, se presentó una falta de conocimiento sobre sus atribuciones. **Conclusión:** identificamos la necesidad de capacitación del equipo de salud entrevistado sobre el protocolo de muerte cerebral, donación de órganos y tejidos, centrándose en el mantenimiento del donante potencial.

Descriptores: Educación en salud; Grupo de atención al paciente; Donantes de tejidos; Obtención de tejidos y órganos; Trasplante.

INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos e tecidos é um processo complexo que atualmente é usado como uma alternativa eficaz, terapêutica e segura no tratamento de diversas doenças, aumentando a expectativa de vida e atuando na reabilitação em situações como por exemplo, insuficiência ou falência de órgãos e tecidos.^{1,2}

No Brasil, os transplantes começaram a partir de 1964 tendo início no Rio de Janeiro, mas apenas na década de 1980 surgiram as primeiras organizações para notificação de potenciais doadores. Antes disso não havia protocolos voltados especificamente para o doador, como por exemplo a manutenção hemodinâmica.¹

Atualmente, de acordo com os aspectos legais, o doador de órgãos pode ser vivo ou falecido, desde que esteja dentre os critérios já estabelecidos pela Lei nº 10.211/2001 da legislação Brasileira, que tem como diretriz a gratuidade da doação, a beneficência dos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos.^{3,4}

A doação efetiva do doador falecido se dar por meio de etapas que garantem a qualidade dos órgãos para fins de transplantes, iniciada pela identificação do potencial doador, de acordo com os critérios clínicos para (ME)⁽¹⁾ já preconizados na Resolução Nº 2.173/2017 do Conselho Federal de Medicina (CFM), seguida da avaliação e manutenção do potencial doador, confirmação do diagnóstico de ME, entrevista familiar e resposta positiva.⁵

Dessas etapas, a manutenção do potencial doador é a fase que permeia todo o processo de doação-transplante tendo início desde a identificação do potencial doador, até a retirada dos órgãos para fins de transplante. O que a torna de extrema importância, visto que, nela será mantida estável a situação hemodinâmica do potencial doador.⁶

Para a manutenção do potencial doador são imprescindíveis conhecimento e qualidade na assistência prestada pela equipe treinada, qualificada e interdisciplinar de saúde, pois diante da ME ocorre no potencial doador uma série de alterações fisiológicas, que podem contribuir para a instabilidade do paciente, podendo resultar em hipotensão, diabete insípido, hipotermia, hipernatremia, acidose metabólica, edema pulmonar e coagulação intravascular disseminada, além da hiperglicemia, sendo agravada pela administração de substâncias glicosadas, que podem inviabilizar a doação.⁶

A equipe interdisciplinar de saúde da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tem papel fundamental na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos, porque prestam assistência 24 horas com cuidados de alta complexidade e sendo a mais indicada para prestar os cuidados, capaz de monitorar e intervir na clínica do potencial doador.⁷

Nesse contexto, questiona-se qual o conhecimento da equipe de saúde da UTI geral de adulto sobre o Protocolo de ME e sobre a manutenção do potencial doador de acordo com a Resolução Nº 2.173/2017 do CFM, uma vez que, esse conhecimento é fundamental para o desempenho de suas atribuições e poderá contribuir para uma melhor viabilidade das doações efetivas de órgãos e tecidos.

Dessa forma, este estudo teve por objetivo analisar o conhecimento da equipe de saúde da Unidade de Terapia Intensiva de adulto sobre protocolo de morte encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplantes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, observacional, analítico com abordagem quantitativa. Realizado na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital quaternário, referência para atender casos de queimaduras graves, intoxicação exógena e vítimas de Trauma, localizado na cidade de Recife, capital do estado de Pernambuco.⁸

A população foi composta por profissionais da equipe interdisciplinar de saúde - enfermeiros, médicos e fisioterapeutas - lotados na UTI geral de adulto do hospital há pelo menos um ano e que já haviam prestado assistência ao paciente com protocolo de ME aberto. A amostra não probabilística, por conveniência foi composta por 22 profissionais que se

encontravam disponíveis no momento da pesquisa e que se enquadram nos critérios de seleção estabelecido.

Os dados foram coletados, por meio de entrevistas individuais, no período de julho a setembro de 2019. Foi utilizado um formulário de pesquisa, elaborado pelos autores, baseado em estudos relacionados à temática, no qual foram incluídas variáveis sociodemográficas e de conhecimentos científicos de interesse para o estudo.

Na finalização da coleta de dados, foi realizada uma revisão dos dados para verificar a possível existência de incoerências e/ou lacunas no preenchimento dos instrumentos. Após a revisão, os dados foram inseridos em uma planilha do Microsoft Office Excel 2016.

Os dados foram analisados quantitativamente utilizando o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20,0, e descritos em termos numéricos absolutos e porcentagem, apresentados por meio de tabelas.

Este estudo é um subprojeto do projeto de pesquisa “Fatores envolvidos na doação de órgãos e tecidos para transplantes”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), Parecer nº 3.226.552 e pelo CEP do Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra (HR), instituição coparticipante, Parecer nº 3.380.886, sendo desenvolvido em conformidade com a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, onde foram respeitados os princípios da bioética, assim como o sigilo e anonimato dos participantes da pesquisa.⁹

RESULTADOS

Quanto a caracterização dos participantes, verificamos predominância do sexo feminino, sendo 20 (91%) , a faixa etária 35 a 45 anos foi representada por 10 (46%) pessoas, seguida de 25 a 35 anos com seis (27%) e de maiores que 45 anos com cinco (23%) pessoas. A maioria eram enfermeiras, tempo de formação de 10-20 anos, titulação máxima de especialização, trabalhavam na UTI entre 1-5 anos, participou da abertura de protocolo de ME entretanto, não tinham recebido cursos sobre a temática de doação de órgãos, Tabela 1.

Tabela 1 - Características da equipe interdisciplinar da UTI geral de adulto. Recife, PE, Brasil, 2019.

Variáveis	N	%
Profissão		
Enfermeiro	11	50
Fisioterapeuta	5	22,7
Médico	6	27,3

Variáveis	N	%
Tempo de formação		
1-10 anos	8	36,3
10-20 anos	10	45,5
20-30 anos	2	9,1
> 30 anos	2	9,1
Titulação Máxima		
Mestrado	2	9,0
Residência	5	22,7
Especialização	14	63,6
Graduação	1	4,5
Tempo de trabalho/UTI		
1-5 anos	7	31,8
5-10 anos	4	18,2
> 10 anos	11	50,0
Participação na abertura do protocolo de ME		
Sim	17	77,3
Não	5	22,7
Participação em cursos sobre a doação de órgãos		
Sim	7	31,8
Não	15	68,2

Fonte: Projeto de Pesquisa Fatores envolvidos na doação de órgãos e tecidos para transplantes, 2019.

Em relação ao conhecimento dos profissionais pesquisados sobre as fases de manutenção do potencial doador, verificamos que a maioria tem conhecimento adequados quanto os procedimentos necessários para abertura protocolo de ME, e reconhecem a interferência do uso terapêutico de medicações depressoras do SNC no protocolo, Tabela 2.

Dentre os achados do exame físico realizado pelos profissionais entrevistados e que levantam suspeita de ME, ausência do reflexo pupilar e/ou de tosse foram os mais citados, estando presentes na resposta de 16 (73%) dos profissionais.

Entretanto, observamos que a maioria respondeu que o tempo mínimo de internamento intra-hospitalar para abertura do protocolo de ME é de 24 horas; não sabe quais profissionais têm competência para abertura do protocolo; e metade desconhece quando deve ser iniciado o processo de manutenção de potencial de doador. Em relação aos parâmetros de pressão arterial, saturação de oxigênio e uso drogas sedativas, parte dos profissionais não têm conhecimento adequado para a manutenção do potencial doador, Tabela 2.

Tabela 2 - Conhecimento dos profissionais da UTI geral de adulto sobre Protocolo de morte encefálica e manutenção do potencial doador. Recife, PE, Brasil, 2019.

Variáveis	Nº	%
Tempo mínimo de internamento para início do protocolo de ME		
6 horas	3	13,6
8 horas	1	4,5
12 horas	4	18,2
24 horas	12	54,5
Não soube responder	2	9,1
Profissional com competência para abrir o protocolo de ME		
Profissionais das áreas de medicina intensiva, neurologia, neurocirurgia, ou medicina de emergência que esteja capacitado	10	45,5
Outros	12	54,5
Interferência do uso terapêutico de medicações depressoras do Sistema Nervoso Central no protocolo de ME		
Sim	20	90,9
Não	2	9,1
Protocolo de ME segundo Resolução 2.173/2017 do CFM		
2 exames clínicos com intervalo de 1 hora no adulto, 1 de imagem e o teste de apneia	17	77,3
Respostas incorretas	5	22,7
Início do processo de manutenção de Potencial Doador de Órgãos		
Após suspeita de ME	11	50,0
Outros (após diagnóstico de ME, abertura do protocolo ou contato com CHIDOTT)	11	50,0
Pressão arterial sistólica em 100mmHg para diagnóstico de ME		
Sim	12	54,5
Não	10	45,5
Necessidade do uso de drogas sedativas após ME		
Sim	3	13,6
Não	19	86,4
Teste de ME em paciente com saturação menor que 94%		
Sim	9	40,9
Não	13	59,1

Fonte: Projeto de Pesquisa Fatores envolvidos na doação de órgãos e tecidos para transplantes, 2019.

Considerando as atribuições que o profissional deve desempenhar durante a manutenção do potencial doador, Tabela 3, verificamos que a maioria dos fisioterapeutas e médicos têm conhecimentos adequados de suas funções.

Entretanto, identificamos que a maioria dos enfermeiros desconhece sua atuação profissional.

Tabela 3 - Atuação dos profissionais da UTI geral de adulto na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. Recife, PE, Brasil, 2019

Variáveis	Nº	%
Descrição da atuação profissional da categoria de Enfermeiros		
Manutenção do suporte de vida, cuidados com acesso venoso, adaptação ao ventilador mecânico, controle dos Sinais Vitais, administração de medicamentos e cuidados gerais	4	36,4
Não soube responder	7	63,6
Descrição da atuação profissional da categoria de Médicos		
Manutenção do suporte intensivo, reanimação cardiovascular e ajuste de ventilação mecânica, segundo o protocolo da CIHDOTT.	4	66,7
Não soube responder	2	33,3
Descrição da atuação profissional da categoria de Fisioterapeutas		
Manutenção vias aéreas périvas e gasometria arterial equilibrada, ajuste de ventilação mecânica.	4	80
Não soube responder	1	20

Fonte: Projeto de Pesquisa Fatores envolvidos na doação de órgãos e tecidos para transplantes, 2019.

DISCUSSÃO

A manutenção do potencial doador é um conjunto de condutas terapêuticas realizadas pela equipe interdisciplinar de saúde que tem a finalidade de manter estável a situação hemodinâmica do potencial doador de órgãos e que são realizadas desde a suspeita de ME até a retirada do órgão para transplante⁶, no entanto verificamos que metade dos profissionais que compõem este estudo acreditam que a manutenção do potencial doador de órgãos acontece apenas após a abertura do protocolo de ME, após o diagnóstico ou até mesmo após a entrevista familiar, caracterizando que estes profissionais não sabem o momento ideal para início da manutenção do potencial doador.

Os pacientes com requisitos para serem considerados um potencial doador de órgãos e tecidos, são aqueles que apresentam situação clínica que seja capaz de atender aos critérios estabelecidos pela Resolução 2.173/2017 para abertura de protocolo de ME. Nesse contexto, é necessário profissionais capacitados para prestar uma assistência eficaz e de qualidade^{7,10}, no entanto, verificamos que apenas 31,8% dos profissionais participaram de cursos/palestras sobre o tema, resultando em dificuldades para a correta manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos.

Segundo a Resolução 2.173/2017, o tempo mínimo de internamento para início do protocolo de ME deve ser 6 horas, salvo exceção quando a causa primária do coma for

encefalopatia hipóxico-isquêmica.⁵ Entretanto, apenas 13,6% dos entrevistados responderam corretamente sobre o tempo mínimo de internamento para abertura do protocolo, e a maioria acredita que o tempo mínimo deve ser 24 horas, o que corresponde dizer que a detecção precoce de pacientes com critérios para abertura do protocolo de ME pode ser prejudicada, resultando em dificuldade para conclusão das etapas que garantem a viabilidade dos órgãos em tempo hábil, podendo resultar no aumento das perdas de potenciais doadores por parada cardíaca.^{7,11}

Sobre o uso de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central, verificamos que a maioria dos participantes responderam que há influência no protocolo de ME, no entanto a Resolução 2.173/2017 afirma que quando usadas em doses terapêuticas usuais, não provocam coma aperceptivo, não interferindo nos procedimentos para determinação de ME. Entretanto, para doses em infusão contínua, é necessário realizar suspensão do uso, assim como aguardar o tempo de 4 meias-vidas antes do início dos procedimentos para determinação da ME, justificado pelo fato de que se deve evitar risco de erro relacionado ao diagnóstico de ME.⁵

Ainda de acordo com o CFM, todos os procedimentos para determinação de ME devem ser iniciados em pacientes que apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinhal e apneia persistente, e que atendam pré-requisitos como: presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar ME; ausência da respiração espontânea e dos reflexos do tronco encefálico, além disso, é necessário que haja ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico, nesse contexto todos os participantes citaram pelo menos uma indicação para suspeita de ME, sendo a falta de reflexos pupilar e de tosse as respostas predominantes.⁵

A temperatura corporal do potencial doador deve ser superior a 35°C, a saturação de oxigênio deve estar acima de 94%, contrapondo o que 40,9% dos profissionais responderam, e deve apresentar pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg, confirmando o que 54,5% responderam quanto aos valores mínimos da pressão arterial do potencial doador de órgãos para abertura do protocolo de ME⁵, também deve ser evitado distúrbios metabólicos acidobásicos e/ou eletrolíticos, no entanto, nessas condições, caberá a equipe definir se as anormalidades são capazes de inviabilizar o protocolo.^{12,13}

Para fechar o diagnóstico de ME é necessário duas avaliações clínicas, realizadas em intervalo de tempo de no mínimo 1 hora para adultos, cuja avaliação deve ser realizada por profissionais das áreas de medicina intensiva, neurologia, neurocirurgia, ou medicina de emergência que sejam no mínimo capacitados para o diagnóstico de ME ou que tenham experiência na abertura deste protocolo, e estes não devem fazer parte de equipes de captação e/ou transplante de órgãos, deve-se realizar também um exame complementar gráfico e o teste de apneia, sendo este, de preferência, realizado pelo segundo avaliador.^{5,14,15} Assim, percebe-se que apenas 45,5% dos entrevistados responderam corretamente sobre o profissional que tem competência para realizar abertura do protocolo.

Desse modo, constatamos déficit de conhecimento da equipe de saúde sobre protocolo de ME, representando um risco significativo na qualidade da assistência com foco na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplantes.^{7,16}

A manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante é uma atividade complexa que quando feita de maneira inadequada pode limitar o número de doações efetivas, assim como a qualidade dos órgãos transplantados. Em contrapartida, o conhecimento da equipe de saúde é o instrumento para o sucesso e a qualidade do cuidado prestado, desse modo, é importante que cada integrante da equipe saiba seu papel na manutenção do potencial doador, melhorando a distribuição das atividades relacionadas à assistência à saúde, potencializando a viabilidade dos órgãos doados.^{16,17}

Neste caso, o que se destaca nesse estudo é que os profissionais entrevistados não têm aprofundamento das atribuições de sua categoria, como por exemplo, a categoria de enfermeiros (36,4%) que se reconhece apenas na manutenção do suporte de vida, cuidados com acesso venoso, adaptação ao ventilador mecânico e controle dos Sinais Vitais, administração de medicamentos e cuidados gerais. No entanto, para além do descrito pelos entrevistados, cabe ao enfermeiro a aplicação da Sistematização de Assistência de Enfermagem, assim como o planejamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação de todos os procedimentos da equipe de enfermagem, que vão desde a realização de procedimentos metodológicos como o gerenciamento até a execução de procedimentos técnicos de alta complexidade, pré-estabelecidos pela legislação vigente.¹⁰

Aos profissionais médicos cabe o diagnóstico de ME, assim como a revisão dos protocolos, solicitação de exames e prescrição de drogas, eletrólitos e hemoderivados de acordo com clínica do potencial doador^{15,18}, neste caso percebe-se que, assim como as demais categorias, a maioria dos profissionais entrevistados (66,7%) não descreveu corretamente suas atribuições com o potencial doador, descrevendo cuidados gerais do exercício da profissão tais como: suporte intensivo, ajuste de ventilação mecânica, manutenção de sinais vitais e reanimação cardiovascular.

Por último e não menos importante, a categoria dos fisioterapeutas da pesquisa (80%) citou como principais atribuições na assistência ao potencial doador de órgãos e tecidos para transplante, a manutenção da via aérea pélvia, assim como uma gasometria arterial equilibrada por meio de cuidados nos parâmetros ventilatórios e ajustes na ventilação mecânica. No entanto, segundo o Conselho Federal de Fisioterapia, cabe ao fisioterapeuta além dos cuidados em manter via aéreas fisiológica ou artificial, a solicitação e interpretação de exames para função pulmonar, realizar medidas de prevenção e redução de riscos de problemas cardiorrespiratórios, realizar técnicas de expansão pulmonar e remoção de secreção, além de avaliar e monitorar parâmetros cardiorrespiratórios.¹⁹

Estudos comprovam que poucos potenciais doadores são manuseados de forma excelente pela equipe de saúde^{16,20}. Esse fato pode ser decorrente da falta de treinamento dos profissionais sobre o protocolo de ME e na manutenção do

potencial doador. Semelhantemente, verificamos que 68,2 % dos profissionais entrevistados declararam nunca terem participado de cursos ou palestras sobre o tema.

Os resultados do estudo evidencia a necessidade de realização de treinamento da equipe de saúde da UTI adulto, de um hospital de alta complexidade do Nordeste brasileiro, sobre o protocolo de ME, e doação de órgãos e tecidos, com foco na manutenção do potencial doador e para melhorar a qualidade dos órgãos doados.^{7,16}

A limitação desse estudo se baseou principalmente na indisponibilidade da equipe de saúde em participar da pesquisa, porque a coleta de dados ocorreu durante o expediente de trabalho.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo, a partir da análise quantitativa e amostra, não permite ampliar de maneira mais consistente nossas conclusões, entretanto, em relação aos profissionais de saúde pesquisados sobre protocolo de ME e manutenção do potencial doador, os achados são similares ao que está descrito na literatura quanto às lacunas no conhecimento que foi adquirido na prática assistencial, e que poucos profissionais participaram de treinamentos sobre o tema.

Esse déficit no conhecimento técnico e científico sobre o protocolo de ME, e também como atuar na manutenção do potencial doador evidenciados nesse estudo, corrobora com a literatura e implica em possíveis falhas no cuidado prestado ao potencial doador, o que poderá refletir no número de doações efetivas. Dessa forma, a capacitação dos profissionais de saúde da UTI do hospital pesquisado destaca-se como uma estratégia que pode se mostrar eficaz para o sucesso e a qualidade do cuidado prestado ao potencial doador de órgãos e tecidos.

Este estudo contribuiu para o conhecimento das fragilidades que permeiam a identificação da ME e a manutenção do potencial doador, suscitando reflexões sobre a assistência da equipe de saúde, e destacando que as intervenções educativas, com foco em todas as fases do processo de doação de órgãos, são fundamentais, direcionando novas pesquisas nessa temática.

REFERÊNCIAS

1. 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. [Internet]. 2019 [acesso em 08 de Dezembro de 2020]; 9(25). Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/275/pdf>
2. Fernandes MEN, Bittencourt ZZL de C, Boin IFSF. Vivenciando a doação de órgãos: sentimentos de familiares pos consentimento. Revista Latino-Americana. [Internet]. 2015 [acesso em 09 de Dezembro de 2020]; 23(5). Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00895.pdf
3. Ribeiro KRA, Prado LS, Santos FR, Gonçalves FAF, Borges MM, Abreu EP. Morte encefálica e o processo de doação de órgãos: uma atenção ao familiar. Revista cuidado fundamental Online. [Internet]. 2020 [acesso em 09 de Dezembro de 2020]; 12(190-196). Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7197 / pdf_1
4. Brasil. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Presidência da república. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10211.htm
5. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM nº 2.173, de 15 de dezembro de 2017. Ed Brasília: CFM; 2017. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/_carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf
6. Costa CR, Costa LP, Aguiar N. A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. Revista bioética. [Impressa]. 2016 [acesso em 09 de Dezembro de 2020] 24(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/1983-8034-bioet-24-2-0368.pdf>
7. Costa IF, Netto JJM, Brito MCC, Goyanna NF, Santos TC, Santos SS. Fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos: percepção de enfermeiros. Revista bioética [Impressa]. 2017 [acesso em 09 de Dezembro de 2020] 25(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n1/1983-8042-bioet-25-01-0130.pdf>
8. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco [homepage na internet]. Hospital da Restauração [acesso em 09 de Dezembro de 2020]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-da-restauracao>
9. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Ed. Brasília: CNS; 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
10. Westphal GA, Garcia VD, Souza RL, Franke CA, Vieira KD, Birckholz VR, et al. Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. [Internet]. 2016 [acesso em 09 de Dezembro de 2020]; 28(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n3/0103-507X-rbti-28-03-0220.pdf>
11. Westphal GA, Veiga VC, Franke CA. Determinação de morte encefálica no Brasil. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. [Internet]. 2019 [acesso em 09 de Dezembro de 2020]; 31(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v31n3/0103-507X-rbti-31-03-0403.pdf>
12. Chierattoa CLD, Gonsagab RAT, Cavasinic BV, Thevenardc G, Filhoc JAJS, Cagnonic LC et al. Impacto da Disponibilidade de Profissional com Dedicação Exclusiva no Processo de Doação de Órgãos. Journal of Health Sciences. [Internet]. 2017 [acesso em 09 de Dezembro de 2020]; 19(4). Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/01/877792/09-impacto-da-disponibilidade>
13. Silva FAA, Cunha DSP, Lira JAC, Ribeiro JF, Campelo GVS, Nunes BMVT. Morte encefálica e manutenção de órgãos: conhecimento dos profissionais intensivistas. Revista de enfermagem UFPE on line. [Internet]. 2018 [acesso em 09 de Dezembro de 2020]; 12(1). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/25130/25852>
14. Bonetti CE, Boes AA, Lazzari DD et al. Doação de órgãos e tecidos e motivos de sua não efetivação. Revista de enfermagem UFPE on line. [Internet]. 2017 [acesso em 09 de Dezembro de 2020]; 11(9). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234483/27676>
15. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná [homepage na internet]. Sistema Estadual de Transplantes. Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos [acesso em 09 de Dezembro de 2020] Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ap_protocolo_morte16_FINAL
16. Arends JS et al. A morte que salva vidas: complexidades do cuidado médico ao paciente com suspeita de morte encefálica. Cadernos de Saúde Pública. [Internet]. 2018 [acesso em 09 de Dezembro de 2020]; 34(11). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n11/1678-4464-csp-34-11-e00061718.pdf>
17. Silva HB, Silva KF, Diaz CMG. A enfermagem intensivista frente à doação de órgãos: uma revisão integrativa. Revista cuidado fundamental Online. [Internet]. 2017 [acesso em 09 de Dezembro de 2020]; 9(3). Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4514>
18. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução COFEN nº 611, de 02 de agosto de 2019. Ed. Brasília: COFEN; 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-611-2019_72858.html

19. Chehuen Neto JA, Ferreira RE, Assad IM, Santos IA, Santos JL, Paula LC, et al. Atualização dos critérios diagnósticos de morte encefálica: aplicação e capacitação dos médicos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. [Internet]. 2019 [acesso em 09 de Dezembro de 2020] ; 31(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v31n3/0103-507X-rbti-31-03-0303.pdf>
20. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Brasil). Resolução COFFITO nº 402 de 03 de agosto de 2011. Ed. Brasília: COFFITO; 2011. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3165>

Recebido em: 23/07/2020

Revisões requeridas: 10/03/2021

Aprovado em: 16/06/2021

Publicado em: 00/00/2021

Autora correspondente

Vânia Chagas da Costa

Endereço: Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro

Recife/PE, Brasil

CEP: 50.100-130

Email: vania.costa@upe.br

Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesse.