








ARTIGO ORIGINAL

POTENCIAIS DOADORES DE ÓRGÃOS EM MORTE ENCEFÁLICA: CARACTERIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

POTENTIAL BRAIN-DEAD ORGAN DONORS: CHARACTERIZATION AND IDENTIFICATION OF NURSING DIAGNOSES

HIGHLIGHTS

1. A maioria dos diagnósticos de enfermagem para potenciais doadores são de risco.
2. Pouco se discute a sistematização da assistência de enfermagem nos transplantes.
3. Diagnósticos subsidiam um cuidado direcionado, individualizado ao potencial doador.

Gabriela Duarte Bezerra¹ 
Kyohana Matos de Freitas Clementino¹ 
Maria Isabel Caetano da Silva¹ 
João Emmanuel Pereira Domingos¹ 
Isaac de Sousa Araújo² 
Eglídia Carla Figueirêdo Vidal¹ 
Woneska Rodrigues Pinheiro¹ 

ABSTRACT

Objective: To identify the nursing diagnoses of potential organ donors in brain death according to the NANDA-I Taxonomy. **Method:** Observational, cross-sectional study conducted in a public hospital in the interior of Ceará, Brazil. Data collection was realized in October and November 2021 in 23 medical records of potential organ donors. Descriptive statistics analyzed data. **Results:** Twenty-two diagnoses were identified in five of the 13 domains of the NANDA-I taxonomy. The following were prevalent: risk of unstable blood glucose; risk of impaired liver function; impaired gas exchange; impaired bed mobility; ineffective breathing pattern; risk of infection; risk of pressure injury; risk of aspiration; risk of decreased cardiac output; risk of falls, impaired urinary elimination; risk of electrolyte imbalance and risk of unstable blood pressure. **Conclusion:** The identification of diagnoses may favor the improvement of practice and the application of the nursing process in the care of potential organ donors.

Keywords: Nursing Diagnosis; Tissue and Organ Procurement; Brain Death; Transplantation; Nursing.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Bezerra GD, Clementino KM de F, Silva MIC da, Domingos JEP, Araújo I de S, Vidal ECF, et al. Potential brain-dead organ donors: characterization and identification of nursing diagnoses. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2023 [cited in "insert year, month, day"]; 28. Available in: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.92190>.

¹Universidade Regional do Cariri, Crato, CE, Brasil.

²Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte, CE, Brasil.

INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos caracteriza-se por um processo complexo e multifacetado, no qual o órgão e/ou tecido são removidos do doador e em seguida implantados no receptor, tal processo é denominado doação-transplante. Esse procedimento tem início na identificação do Potencial Doador (PD) sendo finalizado com o transplante do órgão¹⁻².

O início do processo, doação-transplante, caracteriza-se pela identificação dos PDs, estes se caracterizam como o indivíduo que foi diagnosticado com morte encefálica (ME), comprovada por meio de exames clínicos e neurológicos. Deste indivíduo, poderão ser retirados órgãos e tecidos para transplante. Com a efetiva remoção do órgão ou tecido a ser transplantado, o PD torna-se um doador efetivo³⁻⁵.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) é órgão que normatiza todo o processo legal que envolve a ME, de acordo com a Resolução nº 1.489 de 1997 da mesma entidade que atende às disposições da lei nº 9.434/97. A ME é definida como perda total e irreversível das funções do encéfalo e tronco encefálico. No entanto, são mantidos de forma artificial e temporária os batimentos cardíacos e a pressão sanguínea, apesar do indivíduo doador em ME apresentar a perda irreversível de todas as funções encefálicas⁶⁻⁷.

Consubstancialmente, em todo o processo doação-transplante, destaca-se o papel do enfermeiro, visto que este é responsável pela assistência direta ao PD e ao receptor do transplante. Vale ressaltar que o bom êxito do processo está profundamente relacionado à adequada manutenção do doador de órgãos, reforçando o papel primoroso que o profissional enfermeiro deve desenvolver frente a esta assistência, para um desfecho satisfatório⁸⁻¹⁰.

Tendo em vista a crescente atuação do enfermeiro ao processo de doação-transplante, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da Resolução nº 292/2004, normatizou a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos, mediante a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no processo de doação de órgãos e tecidos¹⁰⁻¹³. Ademais, a Resolução COFEN nº 358/2009, dispõe sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) e também determina suas fases¹³⁻¹⁴.

O diagnóstico de enfermagem (DE), como uma das etapas do PE, consiste na identificação das respostas humanas que requerem intervenções de enfermagem, por um julgamento clínico e plano de cuidado e de resultados esperados, proporcionando assim, uma melhor qualidade na assistência¹⁴. A taxonomia dos DE da Nanda Internacional (NANDA-I) é uma das linguagens da enfermagem que desempenha um papel importante para a profissão, padronizando os termos utilizados pela equipe, facilitando a comunicação¹⁴.

Tendo em vista que um único doador poderia beneficiar muitos pacientes, é necessária uma adequada preservação para a viabilidade destes órgãos até a extração, sendo o conhecimento do DE uma contribuição para auxiliar nas ações do cuidado e preservação dos órgãos a serem doados. Desta forma, este estudo pode contribuir no planejamento da prática assistencial de enfermagem e na elaboração do plano de cuidado individualizado para as vítimas de ME e doadoras de órgãos.

Por conseguinte, este estudo tem como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem de potenciais doadores de órgãos em ME em um hospital público do interior do Ceará, Brasil, segundo a Taxonomia NANDA-I.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo com uma abordagem quantitativa, realizado mediante acesso aos prontuários de pacientes para mapear e identificar os DE registrados por enfermeiros, mediante assistência a pacientes em ME, em um hospital de alta complexidade, referência para trauma, e que sedia uma Organização de Procura de Órgãos (OPO). Encontra-se localizado no interior do Nordeste, Ceará, Brasil. A coleta dos dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2021.

Foram seguidas as diretrizes para realização de estudo observacional conforme orientação da rede Equator, pelo checklist STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*).

Os dados foram extraídos de prontuários impressos de pacientes que estiveram internados no período de janeiro a outubro de 2021, com diagnóstico médico de morte encefálica. Os prontuários foram identificados com a contribuição da Organização de Procura de Órgãos (OPO) do Cariri. Esta organização possui os dados de prontuários de pacientes que foram diagnosticados com morte encefálica. Desta forma, foi possível identificar os prontuários a serem selecionados para o estudo.

Foram incluídos na amostra os prontuários de pacientes com diagnóstico de morte encefálica, independentemente da idade, de ambos os sexos, que estiveram internados no hospital no ano de 2021 e que tinham perfil para doação de órgãos, avaliados a partir das normativas do CFM. Elegeu-se como critérios de exclusão prontuários com registros ilegíveis ou ausência de dados essenciais para o desenvolvimento da pesquisa, assim como aqueles que não apresentavam registros de enfermagem relacionados ao julgamento clínico, que é realizado na segunda etapa do PE.

Foram encontrados 23 prontuários de pacientes diagnosticados com morte encefálica, potenciais doadores de órgãos, no período estabelecido para a pesquisa. Ao aplicar-se os critérios de inclusão e exclusão, todos atendiam ao estabelecido para fazer parte da amostra, sem exclusão de prontuários.

Para nortear a coleta dos dados em prontuários, foi utilizado um instrumento previamente estruturado pelos pesquisadores, constituído por dados sociodemográficos (sexo, data de nascimento, cor da pele, estado civil, escolaridade, ocupação e naturalidade) dados clínicos (setor de admissão, diagnóstico de admissão, comorbidades e antecedentes da morte encefálica) e dados do protocolo de ME (data e horário do início e fechamento do protocolo, coma aperceptivo, nível de consciência, intervalo entre avaliações, exames neurológicos, teste de apneia, exames complementares, elegibilidade para potencial doador). O instrumento foi estruturado também para registro dos diagnósticos de enfermagem com seus respectivos fatores relacionados e características definidoras segundo a taxonomia da NANDA-I e, por fim, o desfecho sobre a efetivação da doação/transplante.

Na validação do instrumento para coleta de dados, foram consultados sete *experts* na área de estudo, considerando experiência, produção acadêmica e atuação assistencialista no contexto de cuidados a paciente crítico e doação de órgãos, para analisarem a adequabilidade do conteúdo do instrumento, com posterior aplicação do pré-teste.

Os dados foram organizados em planilhas do *Microsoft Excel* versão 2016 e analisados por meio de estatística descritiva, com medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas; e frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas, utilizando o *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*[®], versão 26. Os dados foram apresentados na forma de tabelas para uma melhor interpretação dos valores de frequência absoluta e percentuais correspondentes.

Os preceitos ético-legais foram respeitados em concordância com as normas e diretrizes previstas na Resolução 466/2012¹⁵. A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto pelos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri e do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar- CEP/ISGH, sob o parecer nº 4.878.896 em 18 de julho de 2021.

RESULTADOS

Referente a caracterização sociodemográfica dos pacientes, dos 23 prontuários analisados foram identificados idade média de 38,5 (\pm 15,8) anos, sendo 13 (56,52%) com idade < 38 anos e 10 (43,48%) \geq 38 anos; 11 (43,4%) do sexo feminino e 12 (56,6%) do sexo masculino; 17 (73,9%) solteiros, quatro (17,4%) casados e dois (8,7%) divorciados; 16 (69,6%) pardos e sete (30,4%) brancos; 13 (43,5%) com até oito anos de estudo e 10 (56,5%) com nove anos ou mais de estudo; 17 (73,9%) sem vínculo empregatício e seis (26,1%) com vínculo empregatício; e, considerando-se o local de residência, 12 (52,2%) residiam fora do conjunto urbano da Região Metropolitana do Cariri (Crato, Juazeiro e Barbalha) e 11 (47,8%) nesta região.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica de pacientes em ME, potenciais doadores de órgãos, do Hospital Regional do Cariri, jan-out, 2021. Juazeiro do Norte, CE, Brasil, 2022

Variáveis	f (%)
Idade (anos)	38,5 \pm 15,8 (Média \pm DP)
Sexo	
Masculino	12 (56,6)
Feminino	11 (43,4)
Estado civil*	
Solteiro	17 (73,9)
Casado	4 (17,4)
Separado	2 (8,7)
Cor da pele	
Parda	16 (69,6)
Branca	7 (30,4)
Escolaridade	
Até 8 anos	13 (43,5)
9 anos ou mais	10 (56,5)
Ocupação*	
Sem vínculo empregatício	17 (73,9)
Com vínculo empregatício	6 (26,1)
Localidade de residência	
Região Metropolitana do Cariri - Ceará	12 (52,2)
Fora da Região Metropolitana do Cariri – Ceará	11 (47,8)

Fonte: Os Autores (2022).

No que se refere à caracterização clínica dos PD de órgãos (Tabela 2), 100% dos pacientes acessaram o hospital pelo setor de emergência. Dos 23 pacientes, 12 (52,2%), não apresentavam comorbidades ou hábitos nocivos à saúde. Todos os pacientes receberam ventilação mecânica invasiva.

Quanto aos antecedentes da morte encefálica, destacam-se 12 (52,2%) com acidente vascular encefálico (AVE) e 10 (43,5%) com traumatismo cranioencefálico (TCE), tendo a abertura do protocolo de sepse para um PD (4,3%) e não sendo necessário para 22 (95,7%).

Tabela 2 - Caracterização clínica de pacientes em ME - potenciais doadores de órgãos do hospital Regional do Cariri, de janeiro a outubro, 2021. Juazeiro do Norte, CE, Brasil, 2022

Variáveis	f (%)
Comorbidades e hábitos de vida*	
Sem comorbidade/hábitos nocivos	12 (52,2)
Mais de uma comorbidade	04 (17,4)
HAS	2 (8,7)
Alcoolismo	2 (8,7)
Câncer	1 (4,3)
Distúrbio psiquiátrico	1 (4,3)
Epilepsia	1 (4,3)
Antecedentes da ME	
Acidente Vascular Encefálico	12 (52,2)
Traumatismo cranioencefálico	10 (43,5)
Outros	1 (4,3)
Abertura de Protocolo de Sepse para esse paciente**	
Não	22 (95,7)
Sim	1 (4,3)

Fonte: Os Autores (2022).

No que se refere a doação de PD de órgãos e tecidos (Tabela 3), apenas cinco pacientes (21,7%) da amostra foram doadores efetivos de órgãos e tecidos. Dos doadores, cinco (21,7% de PD) foram doadores de tecidos (córneas), quatro (17,4% de PD) foram doadores de órgãos (rins e fígado). Com efeito, não foi evidenciada doação de pulmão, coração e pâncreas.

Tabela 3 - Caracterização da doação órgãos e tecidos de pacientes em ME do Hospital Regional do Cariri, de janeiro a outubro, 2021. Juazeiro do Norte, CE, Brasil, 2022

Variáveis	f (%)
Doação de órgãos e tecidos**	
Não	18 (78,3)
Sim	5 (21,7)

Impedimento para doação*	
Autorização familiar	15 (65,2)
COVID-19	2 (8,7)
Câncer	1 (4,3)
Órgãos captados (n=04)	
Rins	4 (17,4)
Fígado	4 (17,4)

Fonte: Os Autores (2022).

Foi possível identificar os diagnósticos de enfermagem registrados por enfermeiros. Os diagnósticos se encontram em parte específica dos prontuários destinado ao registro de DE. Estes estão organizados contemplando domínios e classes pertencentes como disposto na NANDA-I (Quadro 1).

Identificaram-se 22 diferentes diagnósticos em cinco dos 13 domínios da taxonomia, sendo nove reais e 13 diagnósticos de riscos.

Prevaleceram os DE: risco de glicemia instável; risco de função hepática prejudicada; troca de gases prejudicada; mobilidade no leito prejudicada; padrão respiratório ineficaz; risco de infecção; risco de lesão por pressão; e, risco de aspiração, podendo-se observar este DE em 100% dos prontuários analisados. Os DE risco de débito cardíaco diminuído; risco de quedas; eliminação urinária prejudicada e risco de desequilíbrio eletrolítico, variaram de 82% a 91% entre a amostra analisada. Risco de pressão arterial instável aparece em 52% da amostra.

Quadro 1 – Diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes em ME potenciais doadores de órgãos e tecidos do Hospital Regional do Cariri, de janeiro a outubro, 2021. Juazeiro do Norte, CE, Brasil, 2022

Domínios	Classes	Variáveis	f (%)
2. Nutrição	4. Metabolismo	Risco de glicemia instável	23 (100)
2. Nutrição	4. Metabolismo	Risco de função hepática prejudicada	23 (100)
2. Nutrição	5. Hidratação	Risco de desequilíbrio eletrolítico	21 (91,3)
2. Nutrição	5. Hidratação	Risco de volumes de líquidos deficiente*	3 (13,0)
3. Eliminação e troca	1. Função urinária	Eliminação urinária prejudicada	20 (87,0)
3. Eliminação e troca	4. Função respiratória	Troca de gases prejudicada	23 (100)
4. Atividade / repouso	2. Atividade / exercício	Mobilidade no leito prejudicada	23 (100)
4. Atividade / repouso	4. Respostas cardiovasculares / pulmonares	Padrão respiratório ineficaz	23 (100)

4. Atividade / repouso	4. Respostas cardiovasculares / pulmonares	Risco de débito cardíaco diminuído*	19 (82,6)
4. Atividade / repouso	4. Respostas cardiovasculares / pulmonares	Risco de pressão arterial instável	12 (52,2)
4. Atividade / repouso	4. Respostas cardiovasculares / pulmonares	Débito cardíaco diminuído	7 (30,4)
9. Enfrentamento / tolerância ao estresse	3. Estresse neurocomportamental	Capacidade adaptativa intracraniana diminuída*	5 (21,7)
11. Segurança / proteção	1. Infecção	Risco de infecção	23 (100)
11. Segurança / proteção	2. Lesão física	Risco de lesão por pressão	23 (100)
11. Segurança / proteção	2. Lesão física	Risco de aspiração	23 (100)
11. Segurança / proteção	2. Lesão física	Risco de quedas*	20 (87,0)
11. Segurança / proteção	2. Lesão física	Risco de integridade tissular prejudicada*	6 (26,1)
11. Segurança / proteção	2. Lesão física	Risco de sangramento*	3 (13,0)
11. Segurança / proteção	2. Lesão física	Desobstrução ineficaz das vias aéreas*	2 (8,7)
11. Segurança / proteção	2. Lesão física	Risco de lesão na córnea*	2 (8,7)
11. Segurança / proteção	6. Termorregulação	Hipotermia	10 (43,5)
11. Segurança / proteção	6. Termorregulação	Hipertermia*	3 (13,0)

Fonte: Os Autores (2022).

DISCUSSÃO

Neste estudo, os dados de 23 prontuários de pacientes em morte encefálica, potenciais doadores de órgãos e tecidos, demonstraram que a caracterização predominante dos pacientes participantes do estudo era do sexo masculino, população adulta, prevalência de AVC como causa de morte, sendo possível observar concordância com dados nacionais divulgados pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos em relação ao sexo e as causas mais prevalentes da ME³.

No que se refere a raça/cor da pele destes PD, constata-se o predomínio da cor parda, que pode estar apoiada ao predomínio de pessoas que se declaram pardos na região do Nordeste e do Ceará¹⁶. Quanto ao estado civil, os solteiros representaram a maior frequência entre os PD de ambos os sexos (73,9%), apontando similaridade com um estudo efetivado no estado do Rio Grande do Norte sobre a Caracterização dos potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes, onde 46,7% da amostra era composta por indivíduos solteiros¹⁷.

Ao analisar a abertura do protocolo de sepse, observa-se que 95,7% não necessitaram

da abertura deste protocolo, esse fato diverge dos resultados apresentados num estudo realizado entre 2011 e 2016, no estado do Paraná, que objetivava verificar a efetividade da doação naquela região. O estudo apontou a sepse como a maior causa da inelegibilidade para a doação de órgãos, 162 pacientes (5,2%) apresentaram esta condição⁹. Vale ressaltar que o hospital pesquisado apresenta fortes estratégias para prevenção e identificação precoce da sepse, o que pode estar refletido neste achado.

No tocante às comorbidades e hábitos nocivos à saúde, metade dos PD não apresentavam nenhuma comorbidade, e entre os que apresentaram mais de uma, a hipertensão arterial sistêmica e o alcoolismo foram prevalentes. Destarte, a literatura aponta como as principais doenças de base presentes em PD a hipertensão, fibrilação atrial, diabetes, doença coronária e/ou cerebrovascular, tabagismo, alcoolismo e dislipidemia¹⁸.

Desse modo, a hipertensão é um grande fator de risco para as doenças cerebrovasculares, sobretudo para o AVC, oferecendo risco ao tecido cerebral e função neuronal¹⁹.

Os achados deste estudo apontam que dos 23 PD, 78,3% não efetivaram a doação e que o grande fator de impedimento para a doação de órgãos correspondeu a não aceitação familiar (65,2%), assim como nos resultados apresentados em um estudo realizado no Rio Grande do Sul (2012-2017), que apresentou 91 entrevistas de familiares de PD, obtendo-se que 48,4% foram positivas para a doação e 51,6% apresentaram recusa. A negativa do familiar para a doação corresponde atualmente à primeira causa da não efetivação das doações/transplante²⁰.

Neste contexto, é importante pensar na assistência de enfermagem que envolva o acolhimento e cuidado para com a família do possível doador, ou seja, alinhar o PE para atender as demandas da manutenção do PD, bem como da família. É necessário refletir a assistência de enfermagem, diante do processo de transplantes de órgãos, ao que concerne ao binômio doador-família.

Quanto aos órgãos/tecidos captados dos cinco doadores, têm-se as córneas (21,7%), seguido por rins (17,4%) e fígado (17,4%). As literaturas¹⁶⁻¹⁸ apontam para rins e fígado como os órgãos mais captados, enquanto o tecido mais captado é a córnea. Em contrapartida, o número reduzido de doação dos demais órgãos como pulmão, coração e pâncreas pode ser explicado em virtude de apresentarem critérios mais rigorosos para extração e doação, como idade, ausência de trauma, história prévia do PD, havendo contra-indicações órgão-específicas²¹⁻²³.

A ME traz alterações fisiológicas aos diversos sistemas orgânicos e perturbações neuro-hormonais que podem lesar a qualidade dos órgãos que serão transplantados. O grau de alteração nesses sistemas irá depender da velocidade da hipertensão intracraniana e da herniação cerebral. Dessa forma, os profissionais de enfermagem ao identificar os diagnósticos de enfermagem, podem observar as alterações cardiovasculares, pulmonares, endócrinas, hepáticas e da coagulação, bem como alterações da temperatura e assim traçar um plano de cuidado individualizado, beneficiando a viabilidade dos órgãos²¹.

Foram identificados 22 diagnósticos de enfermagem e cinco domínios da taxonomia NANDA-1 na população estudada. Os diagnósticos que aparecem em mais de 50% da amostra pesquisada são: risco de glicemia instável; risco de função hepática prejudicada; troca de gases prejudicada; mobilidade no leito prejudicada; padrão respiratório ineficaz; risco de infecção; risco de lesão por pressão; risco de aspiração; risco de débito cardíaco diminuído; risco de quedas, eliminação urinária prejudicada; risco de desequilíbrio eletrolítico e risco de pressão arterial instável.

O risco de glicemia instável, diagnosticado no paciente com morte encefálica, relaciona-se à falência progressiva do eixo hipotalâmico-hipofisário que evolui para um declínio das concentrações hormonais. Diante do exposto, a diabetes insípida acomete aproximadamente 80% desses pacientes, produzindo inúmeros distúrbios eletrolíticos,

como hipovolemia secundária, hipotensão, hipernatremia e hiperosmolaridade sérica. Além disso, a secreção de insulina também está comprometida, podendo produzir hiperglicemia e o aumento da resistência periférica à insulina²⁴.

O risco de função hepática prejudicada é determinado como a suscetibilidade à depleção da função hepática. Apesar deste DE não ser associado pelo NANDA à indivíduos com ME, esta situação apresenta redução nos estoques de glicogênio e redução da perfusão hepática, comprometendo a funcionalidade do fígado, incluindo a capacidade de produzir os fatores de coagulação e fibrinolíticos, que também justifica, em parte, o DE de risco de sangramento²⁵.

Diante das repercussões causadas pela morte encefálica, o pulmão acaba se tornando susceptível para alterações no equilíbrio ácido-básico e conseqüentemente na ventilação/perfusão, podendo-se observar o diagnóstico de enfermagem de troca de gases prejudicada. Este diagnóstico conduz o enfermeiro aos cuidados diretos: monitoração dos níveis de PaO₂, SaO₂, hemoglobina, débito cardíaco, coleta de sangue arterial para gasometria de quatro em quatro horas e manutenção dos parâmetros ventilatórios²⁶.

Outrossim, o diagnóstico de mobilidade no leito prejudicada também se apresentou prevalente nesses potenciais doadores, uma vez que estão impossibilitados de realizar qualquer movimento, e assim prevenir as lesões de pele, dependendo inteiramente dos cuidados da equipe de enfermagem.

Dessa forma, Santos (2012) aponta como intervenções para o paciente com esse diagnóstico de mobilidade prejudicada: colocar colchões terapêuticos adequados, posicionamento do corpo alinhado, realização do banho no leito com água aquecida, manutenção do decúbito elevado a 45°, utilização de coxins em proeminências ósseas para prevenir as lesões por pressão, monitorar áreas de pressão e atrito da pele, bem como o ressecamento e umidade excessiva da pele.

Tratando-se dos diagnósticos de padrão respiratório ineficaz, o paciente em ME pode apresentar piora no seu desempenho pulmonar em horas. A alteração pulmonar está associada com a gravidade da lesão cerebral primária, sendo necessária a promoção de adequado suporte ventilatório²⁵.

O diagnóstico de risco de infecção é assíduo em enfermos internados em terapia intensiva, tendo em vista que as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são eventos adversos graves que acometem pacientes hospitalizados, principalmente aqueles em estado crítico. O uso de procedimentos e equipamentos invasivos em terapia intensiva, como os cateteres venosos profundos, cateteres arteriais, sondas enterais, vesicais e próteses ventilatória, junto à exposição de uma ampla variedade de microrganismos patogênicos, contribuem significativamente na ocorrência de infecção, justificando a existência de diversas tipologias infecciosas como respiratória, urinária, da corrente sanguínea e gastrointestinais²⁷.

Os pacientes críticos e que evoluem para ME tem comprometida, também a perfusão tissular da pele, em virtude da imobilidade no leito em consequência da ausência de consciência. Esse é um dos fatores que pode ocasionar o desenvolvimento de isquemia, hipóxia, acidose tissular, edema e conseqüente necrose celular, causando a lesão por pressão (LPP)²⁸. Sob essa ótica, o profissional de enfermagem elenca o diagnóstico de risco de lesão por pressão com ampla frequência, geralmente associando-o à imobilização física.

Com efeito, o risco de aspiração foi um dos DE mais recorrentes entre a população estudada. Pacientes críticos têm maior risco para a entrada de secreções nas vias respiratórias, este fator está associado principalmente à presença de tubo endotraqueal, escala de Glasgow igual ou menor que três, e sedação profunda. Majoritariamente, estes pacientes apresentam condições clínicas que contraindicam a alimentação por via oral, sendo necessária a utilização de outras vias, dentre as quais se destaca a nutrição por sonda gastrointestinal, a qual apresenta elevado risco de aspiração de conteúdo gástrico para os pulmões, propiciando o surgimento de infecções respiratórias, um dos fatores que

promove o DE de risco de infecção²⁴.

O diagnóstico de risco de pressão arterial instável se fez presente em 52,2% da amostra, logo, pode-se afirmar que dentre as alterações fisiopatológicas mais frequentes da ME está a hipotensão arterial, em virtude da intensa vasodilatação e das alterações de pós-carga e pré-carga que levam a hipoperfusão coronária. A fim de tratar essa hipotensão que pode levar ao comprometimento dos órgãos, é estabelecido a combinação de fluidos endovenosos e drogas vasoativas, e também a monitoração constante da pressão venosa central (PVC) e da pressão arterial média (PAM) que devem estar nos parâmetros adequados para cada idade²¹.

DE com elevadas frequências em pacientes em ME/PD envolveram risco de débito cardíaco diminuído; risco de quedas; eliminação urinária prejudicada e risco de desequilíbrio eletrolítico, e devem ser considerados no cuidado dispensado aos pacientes em ME, visando uma assistência de enfermagem qualificada.

Destarte, os DEs encontrados, em sua maioria, estão associados a riscos. A SAE vem sendo implementada na prática assistencial do cuidado ao potencial doador de órgãos, como uma forma de organizar e operacionalizar a assistência da enfermagem e do processo de enfermagem, porém muitos enfermeiros têm demonstrado dificuldade em utilizar dessa sistematização na prática. Assim, cabe ao enfermeiro planejar a assistência a esse público, utilizando como ferramenta o PE, padronizando a linguagem por meio da utilização dos diagnósticos de enfermagem.

Perante o exposto, é possível observar a existência de diversos DE que podem ser e foram atribuídos ao potencial doador de órgãos e tecidos, no entanto, são necessários estudos específicos que apontem quais DE seriam mais apropriados para a manutenção do PD de órgãos, a fim de otimizar a assistência, conferindo segurança e qualidade do cuidado de enfermagem a este público específico.

Destaca-se como fator limitante para realização desse estudo a quantidade restrita de publicações que abordem DE para potenciais doadores de órgãos e tecidos em ME, desta forma dialogar com a literatura pertinente foi desafiador apresentando capacidade de aprofundamento limitada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou conhecer os diagnósticos de enfermagem prevalentes na assistência ao paciente em ME/PD, assim como conhecer características sociodemográficas, clínicas e de captação de órgãos e tecidos.

O levantamento dos DE e o conhecimento das características epidemiológicas e clínicas do PD em ME são ferramentas fundamentais para que o enfermeiro possa planejar e implementar ações direcionadas, individualizadas e mais específicas para a manutenção do PD em ME, possibilitando maiores chances na viabilidade de órgãos para doação e, conseqüentemente, na efetivação do transplante.

Desse modo, faz-se necessário a ampliação de estudos de mesma temática que contribuam para que o enfermeiro tenha conhecimentos a fim de reconhecer as alterações fisiológicas, possíveis condições de risco e efeitos deletérios que a ME pode causar, para que possa traçar os diagnósticos de enfermagem e um plano de cuidado especializado, uma vez que cabe ao profissional enfermeiro planejar, executar, coordenar e avaliar a assistência de enfermagem.

A identificação dos DEs oferece subsídios para um cuidado direcionado e individual aos pacientes durante a manutenção do potencial doador de órgãos. O estudo contribui

para a prática clínica dos profissionais enfermeiros que atuam diretamente na assistência que envolva especialmente a manutenção do PD em ME, uma vez que a elaboração de diagnósticos de enfermagem permite o conhecimento das necessidades básicas afetadas e conferem impactos positivos no manejo do paciente. Este estudo, também, vem acrescer ao acervo de literatura que aborda esta temática.

O presente estudo serve de referência para os enfermeiros que venham a lidar com este perfil de pacientes, auxiliando a reflexão que possa aprimorar a prática e a aplicação do PE.

REFERÊNCIAS

1. Garcia CD, Pereira JD, Garcia VD. Doação e transplante de órgãos e tecidos. São Paulo: Segmento Farma; 2015.
2. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2010-2017). Registro Brasileiro de Transplante-RBT. 4 ed. São Paulo; 2017.
3. Vesco N de L, Nogueira C da S, Lima RF, Souza VN de, Brasil BMBL, Viana CDMR. Conhecimento do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. Rev. enferm. UFPE on line. [Internet]. 2016 [cited in 2021 Sept. 09]; 10(5):1615-24. Available in: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11157>.
4. Passos IMS, Figueiredo JBV de, Menezes MO, Silva DP da, Oliveira DM de L. Manutenção hemodinâmica na morte encefálica: revisão literária. Cad. Grad. Ciênc. Biol. Saúde Unit (Online). [Internet] 2014 [cited in 2021 Sept. 09];2(1):73-86. Available in: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/1339/742>.
5. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Dimensões dos transplantes no Brasil e em cada Estado (2009-2016), Registro Brasileiro de Transplante-RBT. 4 ed. São Paulo; 2016.
6. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM n. 1.480 de 21 de agosto de 1997. Determina os procedimentos para a determinação da morte encefálica. Brasília, DF; 1997. [cited in 2021 Sept. 09]. Available in: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1997/1480>.
7. Bianchi M, Accinelli LG, Silva MR, Menegócio AM. Identificação dos diagnósticos de enfermagem ao paciente potencial doador de órgãos. UNICIÊNCIAS. [Internet] 2015 [cited in 2021 Sept. 09]; 19(2):174-180. Available in: <https://uniciencias.pgskroton.com.br/article/view/3597>.
8. Negreiros FD da S, Marinho MCP, Garcia JHP, Morais APP, Aguiar MIF, Carvalho SL. Captação do fígado do doador para o transplante: uma proposta de protocolo para o enfermeiro. Escola Anna Nery. [Internet] 2016 [cited in 2021 Sept. 09]; 20(1):38-47. Available in: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160006>.
9. Gois RSS, Galdino MJQ, Pissinati P de SC, Pimentel RRS, Carvalho MDB de, Haddad M do CFL. Efetividade do processo de doação de órgãos para transplantes. Acta Paul. Enferm. [Internet] 2017 [cited in 2021 Sept. 09]; 30(6):621-27. Available in: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700089>.
10. Farias IP, Almeida TG, Pereira CI da C, Vasconcelos EL. Construção de protocolo assistencial de enfermagem para o potencial doador de órgãos em morte encefálica. Rev. enferm. UFPE on line. [Internet]. 2017 [cited in 2021 Sept. 09]; 11(9): 3492-6. Available in: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110249/27631>.
11. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Cofen nº 292 de 7 de junho de 2004. Normatiza a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos. Rio de Janeiro. [Internet]. 2004 [cited in 2021 Sept. 09]. Available in: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2922004_4328.html.

12. Santos ATFS dos, Figueiredo A da S, Domingos JEP, Silva NO da, Tamboril ACR, Viana MCA. Diagnósticos de enfermagem em potencial doador de órgãos e tecidos e pacientes transplantados: revisão integrativa. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* [Internet] 2019 [cited in 2021 Sept. 09];13(46): 816-834. Available in: <https://doi.org/10.14295/idonline.v13i46.1889>.
13. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 358/2009. [Internet]. 2009 [cited in 2021 Sept. 09]. Available in: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.
14. Ferreira AM, Rocha EN da, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros ALBL de. Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I. *Rev Bras Enferm.* [Internet] 2016 [cited in 2021 Sept. 09]; 69(2): 307-15. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690214i>.
15. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466/2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: MS; 2012 [cited in 2022 May 15]. Available in: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
16. Ceará (CE). Secretaria do Planejamento e Gestão. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (Ipece). Perfil populacional do Ceará. IPECE; 2010 [cited in 2022 May 15]. Available in: http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/Perfil_Populacional_do_Ceara.pdf.
17. Freire ILS, Vasconcelos QLDA de, Araújo R de O, Pinto JTJM, Torres G de V. Caracterização dos potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. *Rev enferm UFPE on line.* [Internet]. 2013 [cited in 2022 May 15];7(1):184-91. Available in: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10220>.
18. Rodrigues S de LL, Ferraz Neto JB de E, Sardinha LA da C, Araujo S, Zambelli HJL, Boin I de FSF, et al. Perfil de doadores efetivos do serviço de procura de órgãos e tecidos. *Rev Bras Ter Intensiva.* [Internet] 2014 [cited in 2022 May 15]; 26(1): 21-7. Available in: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140004>.
19. Gagliardi RJ. Hipertensão Arterial e AVC. Com ciência. [Internet] 2009 [cited in 2022 May 15]; (109). Available in: http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500018&lng=pt&nrm=iso.
20. Passos CM, Silveira RS da, Lunardi GL, Rocha LP, Ferreira JSR, Gutierrez ED. Potencial doador e a recusa familiar para doação de órgãos. *Res., Soc. Dev.* [Internet]. 2020 [cited in 2022 May 15]; 9(3):e128932698. Available in: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2698>.
21. Barreto BS, Santana RJB, Nogueira EC, Fernandez BO, Brito FPG. Fatores relacionados à não doação de órgãos de potenciais doadores no estado de Sergipe, Brasil. *Rev. Bras. Pesq. Saúde.* [Internet] 2016 [cited in 2022 May 15]; 18(3):40-8. Available in: <https://www.periodicos.ufes.br/rbps/article/download/15741/10888>.
22. Kumar D, Manuel O, Notori Y, Egwa H, Grossi P, Han SH, et al. Covid-19: a global transplant perspective on successfully navigating a pandemic. *Am J Transplant.* [Internet] 2020 [cited in 2022 May 15]; 00:1-7. Available in: doi: <https://doi.org/10.1111/ajt.15876>.
23. Westphal GA, Garcia VD, Souza RL, Franke CA, Vieira KD, Birkholz VRZ, et al. Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Rev Bras Ter Intens.* 2016 [cited in 2022 May 15];28(3):220-55. Available in: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/R7rGGHpRV6fmBZYDzHpfrPS/?format=pdf&lang=pt>.
24. Bispo MDM, Dantas ALDM, Silva PKDA, Fernandes MIDCD, Tinôco JDD, Lira ALBDC. Diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes críticos. *Escola Anna Nery.* [Internet] 2016 [cited in 2022 May 15]; 20(2): 357-62. Available in: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160049>.
25. Westphal GA, Filho MC, Vieira KD, Wanzuita MCMBR, Réa-Neto A, Teixeira C, et al. Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido: Parte III. Recomendações órgãos específicas. *Rev Bras Ter Intensiva.* [Internet] 2011 [cited in 2022 May 15];23(4):410-25. Available in: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2011000400005>.

26. Santos SS dos, Silva DCG da, Ferreira EB. Procedimento operacional padrão (POP) para assistência de enfermagem à manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos. JBT J Bras Transpl. [Internet] 2012 [cited in 2022 Sept. 19]; 15:16:1620-50. Available in: <https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2020/06/12-1-1.pdf>.
27. Cabral BG, Matos ECO, Santana ME de, Júnior ACF. Cuidados preventivos para pneumonia associada a ventilação mecânica: revisão integrativa. Rev. Enferm. Atual In Derme. [Internet] 2020 [cited in 2022 May 15]; 91(29):131-141. Available in: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/download/542/627>.
28. Otto C, Schumacher B, Lemos Wiese LP de, Ferro C, Rodrigues RA. Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. Enferm. Foco. [Internet] [cited in 2022 May 15]; 10(1):7-11. Available in: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/1323/485>.

POTENCIAIS DOADORES DE ÓRGÃOS EM MORTE ENCEFÁLICA: CARACTERIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

RESUMO:

Objetivo: Identificar os diagnósticos de enfermagem de potenciais doadores de órgãos em morte encefálica segundo a Taxonomia NANDA-I. **Método:** Estudo observacional, transversal realizado em hospital público no interior do Ceará, Brasil. Coleta de dados nos meses de outubro e novembro de 2021, em 23 prontuários de potenciais doadores de órgãos. Dados foram analisados por estatística descritiva. **Resultados:** Identificaram-se 22 diferentes diagnósticos, em cinco dos 13 domínios da taxonomia da NANDA-I. Prevaleceram: risco de glicemia instável; risco de função hepática prejudicada; troca de gases prejudicada; mobilidade no leito prejudicada; padrão respiratório ineficaz; risco de infecção; risco de lesão por pressão; risco de aspiração; risco de débito cardíaco diminuído; risco de quedas, eliminação urinária prejudicada; risco de desequilíbrio eletrolítico e risco de pressão arterial instável. **Conclusão:** A identificação dos diagnósticos poderá favorecer o aprimoramento da prática e a aplicação do processo de enfermagem diante da assistência aos potenciais doadores de órgãos.

DESCRIPTORIOS: Diagnóstico de Enfermagem; Obtenção de Tecidos e Órgãos; Morte Encefálica; Transplante; Enfermagem.

DONANTES POTENCIALES DE ÓRGANOS EN MUERTE CEREBRAL: CARACTERIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

RESUMEN:

Objetivo: Identificar los diagnósticos de enfermería de los posibles donantes de órganos en muerte encefálica según la Taxonomía NANDA-I. **Método:** Estudio observacional, transversal, realizado en un hospital público del interior de Ceará, Brasil. Recogida de datos en octubre y noviembre de 2021, en 23 historias clínicas de posibles donantes de órganos. Los datos se analizaron mediante estadísticas descriptivas. **Resultados:** Se identificaron 22 diagnósticos diferentes, en cinco de los 13 dominios de la taxonomía NANDA-I. Predominaron los siguientes: riesgo de glucemia inestable; riesgo de deterioro de la función hepática; deterioro del intercambio gaseoso; deterioro de la movilidad en la cama; patrón respiratorio ineficaz; riesgo de infección; riesgo de lesión por presión; riesgo de aspiración; riesgo de disminución del gasto cardíaco; riesgo de caídas, deterioro de la eliminación urinaria; riesgo de desequilibrio electrolítico y riesgo de tensión arterial inestable. **Conclusión:** La identificación de diagnósticos puede favorecer la mejora de la práctica y la aplicación del proceso de enfermería en el cuidado de los donantes potenciales de órganos.

DESCRIPTORIOS: Diagnóstico de enfermería; Obtención de tejidos y órganos; Muerte cerebral; Trasplante; Enfermería.

Recebido em: 14/10/2022

Aprovado em: 25/06/2023

Editora associada: Dra. Luciana Nogueira

Autor Correspondente:

Gabriela Duarte Bezerra

Universidade Regional do Cariri-URCA

Travessa Antônio Alves de Moraes Júnior nº 65, Crato, CE

E-mail: gabrielabezerra326@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - **Bezerra GD, Clementino KM de F, Silva MIC da, Domingos JEP, Araújo I de S, Vidal ECF, Pinheiro, WR.** Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Bezerra GD, Clementino KM de F, Pinheiro, WR.** Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Bezerra GD, Clementino KM de F, Pinheiro, WR.** Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).