

CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Danielle Lino Doria¹, Paula Mara Gomes Leite², Fabiana Pereira Guimarães Brito³, Gabriela Menezes Gonçalves de Brito⁴, Gabryella Garibalde Santana Resende⁵, Fábila Luanna Leite Siqueira Mendes Santos⁶

O papel do enfermeiro na manutenção do doador após o diagnóstico de Morte Encefálica (ME) é imprescindível. Objetivo: verificar o conhecimento do enfermeiro no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, em um Hospital Geral de Sergipe. Metodologia: transversal, descritivo, quantitativo, realizado através de entrevistas com 45 enfermeiros das unidades de terapia intensiva e emergência. Resultados: 55,6% afirmaram que a ME não é de notificação compulsória; 8,9% indicaram todos os exames gráficos necessários. Conclusão: os enfermeiros apresentaram considerável conhecimento em relação ao processo de doação, e baixo em relação a manutenção do potencial doador.

Descritores: Enfermagem, Doação de órgãos, Morte encefálica.

NURSES KNOWLEDGE IN THE PROCESS OF ORGAN DONATION

The nurse's role in donor maintenance after the diagnosis of Brain Death (ME) is essential. Objective: To check the nurse's knowledge in the organ donation process and tissues for transplantation, in a General Hospital of Sergipe. Methodology: Cross-sectional, descriptive, quantitative, conducted through interviews with 45 nurses of the emergency and intensive care units. Results: 55.6% said that the ME is not reportable; 8.9% indicated all the necessary graphics tests. Conclusion: the nurses had considerable knowledge regarding the donation process, and low relative maintenance of the potential donor.

Descriptors: Nursing, Organ donation, Brain death.

CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO EN EL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS

El papel de la enfermera en el mantenimiento de los donantes después del diagnóstico de muerte encefálica (ME) es esencial. Objetivo: Para comprobar el conocimiento de la enfermera en el proceso de donación de órganos y tejidos para trasplante, en un Hospital General de Sergipe. Metodología: Estudio transversal, descriptivo, cuantitativo, realizado a través de entrevistas con 45 enfermeras de las unidades de emergencia y cuidados intensivos. Resultados: el 55,6% dijo que el ME no es de notificación obligatoria; 8,9% indicó todas las pruebas de gráficos necesarios. Conclusión: las enfermeras tenían un conocimiento considerable sobre el proceso de donación, y bajo mantenimiento relativo de la posible donante.

Descriptor: Enfermería, La donación de órganos, La muerte cerebral.

¹Graduanda do Curso de Enfermagem Universidade Tiradentes. E-mail: danildoria@yahoo.com.br

²Graduanda do Curso de Enfermagem Universidade Tiradentes.

³Enfermeira. Mestre em Saúde e Ambiente Universidade Tiradentes.

⁴Enfermeira. Mestranda em Enfermagem Universidade Federal de Sergipe.

⁵Enfermeira. Mestranda em Enfermagem Universidade Federal de Sergipe.

⁶Enfermeira. Preceptora de estágio da Universidade Tiradentes.

INTRODUÇÃO

No primeiro semestre de 2015, no Brasil, pela primeira vez desde 2007, observou-se uma diminuição na taxa de potenciais doadores, de doadores efetivos e no número de transplantes de rim, de fígado e de pâncreas, em relação ao ano anterior. A elevada taxa de recusa familiar à doação (44%) persiste como o principal obstáculo para a efetivação da doação na maioria dos estados, enquanto que em outros persiste a dificuldade na realização dos testes para o diagnóstico de morte encefálica (ME)⁽¹⁾.

A morte era conceituada por ausência de batimentos cardíacos ou movimentos respiratórios espontâneos. Após anos de estudos, alguns países definiram a ME como a parada total e irreversível do funcionamento de todo o encéfalo, o que possibilita ao familiar responsável pelo paciente optar pela doação de órgãos e tecidos para fins de transplante. Assim, com essa evolução do conceito de ME, tornou-se possível a prática da doação de órgãos⁽²⁾.

A ME, na maioria das vezes, está associada a causas traumáticas, congênitas ou adquiridas que levam a internações inesperadas. Dessa forma, as famílias ficam expostas à possibilidade de morte de forma repentina, situação em que o coração continua batendo e os pulmões continuam sendo ventilados. Além disso, muitos dos pacientes, gozavam de boa saúde, o que dificulta ainda mais a aceitação da morte pela família e interfere na decisão quanto a uma possível doação⁽³⁾. Muitas vezes, a família torna-se resistente por não ter informações suficientes sobre o que de fato está acontecendo com seu ente e então respondem de forma negativa à doação⁽⁴⁾.

Segundo a Resolução 292/2004 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), cabe ao enfermeiro planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados aos doadores de órgãos e tecidos. Os enfermeiros responsáveis por esses serviços devem ter conhecimento e formação adequada não somente para oferecer informações necessárias aos familiares, mas também para identificar um possível doador e realizar as intervenções de enfermagem na manutenção desse indivíduo, para posterior doação⁽⁵⁾.

Dentre as atividades que lhes competem, o enfermeiro e sua equipe de enfermagem são responsáveis por realizar, durante o período de manutenção, o controle e o registro de todos os parâmetros hemodinâmicos do potencial doador, ou seja, as alterações térmicas, a vasodilatação extrema típica da síndrome associada a incapacidade de tremer para produzir calor, além da infusão de grandes volumes de fluidos. (6) Assim, torna-se imprescindível que o enfermeiro tenha um amplo conhecimento destas possíveis complicações, para que o cuidar seja realizado, com intuito de satisfazer as necessidades fisiológicas para que esse potencial doador

torne-se um doador efetivo⁽⁷⁾.

Contudo, faz-se imprescindível o conhecimento técnico-científico de todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente com diagnóstico de ME, pois, dessa forma, a assistência tende a ser planejada e executada de forma mais eficaz, viabilizando as melhores condições funcionais possíveis dos órgãos e tecidos a serem retirados e transplantados⁽⁸⁾.

O presente estudo teve como objetivo geral verificar o conhecimento científico do enfermeiro no que se refere ao processo de doação de órgãos e tecidos para transplante em um Hospital Geral de Sergipe, a legislação pertinente e a manutenção dos órgãos do potencial doador.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter quantitativo, realizado em um Hospital Geral do Estado de Sergipe.

A coleta dos dados foi realizada através da aplicação de um questionário estruturado (APÊNDICE A) a 45 enfermeiros assistenciais que atuam nas unidades de terapia intensiva (UTIs 1, 2) e na emergência (área vermelha) do Hospital Geral de Sergipe, no mês de março de 2015, durante os três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Tiradentes (CAAE: 39506114.8.0000.5371). Todos os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi utilizado um instrumento para a coleta dos dados sociodemográficos, do conhecimento sobre a ME e a manutenção do potencial doador, o qual foi desenvolvido pelos pesquisadores para esta pesquisa.

Dentre as variáveis sócio-demográficas de interesse, cita-se a idade, tempo de profissão, setor de trabalho e a titulação máxima dos profissionais. No que se refere às questões sobre a ME e a manutenção do potencial doador, foi utilizado como parâmetro a Lei nº 10.211 de 23 de março de 2001, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Em relação à normatização da atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos, foi utilizada a Resolução nº 292/2004, do COFEN. Em relação à remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e Tratamento, a lei nº 9434 de 4 de fevereiro de 1997 e a Resolução nº 1480/97, ambas do Conselho Federal de Medicina (CFM) foram tomadas com base.

Os dados coletados foram analisados através do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 21.0). Foram realizadas análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas, de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão) para as variáveis contínuas. O nível de significância adotado foi de 0,05.

RESULTADOS

Os dados sócio-demográficos da amostra estudada podem ser melhor visualizados na Tabela 1.

Tabela 1 – Dados Sócio-demográficos dos 45 enfermeiros da Unidade de terapia intensiva e urgência. Aracaju/SE, 2015.

	Feminino		Masculino		Total		
	N	%	n	%	N	%	
Idade (anos)	25 - 30	15	40,5%	3	37,5%	18	40%
	31 - 36	7	18,9%	4	50%	11	24,4%
	37 - 42	7	18,9%	0	0,0%	7	15,6%
	43 - 48	4	10,8%	0	0,0%	4	8,9%
	Não Refere	4	10,8%	1	12,5%	5	11,1%
	Total	37	100,0%	8	100,0%	45	100,0%
Tempo de Profissão	0-5 anos	26	70,3%	8	100%	34	75,6%
	6-11 anos	1	2,7%	0	0,0%	1	2,2%
	12-17 anos	3	8,1%	0	0,0%	3	6,7%
	18-23 anos	4	10,8%	0	0,0%	4	8,9%
	24-29 anos	1	2,7%	0	0,0%	1	2,2%
	Não Refere	2	5,4%	0	0,0%	2	4,4%
	Total	37	100%	8	100%	45	100%
Setor de Trabalho	UTI -1°	17	45,9%	5	62,5%	22	48,9%
	UTI -2°	9	24,3%	0	0,0%	9	20%
	Vermelha	10	27%	3	37,5%	13	28,9%
	Não Refere	1	2,7%	0	0,0%	1	2,2%
	Total	37	100%	8	100%	45	100%
Titulação Máxima	Pós-Graduação LATU SENSU	25	67,6%	7	87,5%	32	71,1%
	Pós-Graduação STRICTO SENSU	2	5,4%	0	0,0%	2	4,4%
	Não Refere	10	27%	1	12,5%	11	24,4%
	Total	37	100%	8	100%	45	100%

Os dados acerca da necessidade de informação do diagnóstico de ME à família e da notificação compulsória, do

uso de drogas depressoras e importância da causa do coma, tem-se a tabela 2.

Tabela 2 – Dados sobre o Diagnóstico de Morte Encefálica. Aracaju/SE, 2015.

	SIM		NÃO		Total	
	n	%	n	%	n	%
Família deverá ser informada	37	82,2%	8	17,8%	45	100%
Notificação Compulsória	18	40%	25	55,6%	45	100%
Uso de Drogas Depressoras	5	11,1%	40	88,9%	45	100%
Importância da Causa do Coma	38	84,4%	7	15,6%	45	100%

Dentre as principais causas que deveriam ser excluídas para abrir o protocolo de ME, 80% (36) apontaram a hipotermia e o uso de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central (SNC).

Em relação ao tempo mínimo entre a realização dos dois exames, 77,8% (35) dos entrevistados, informou que seria de 6 horas para indivíduos acima de 2 anos.

Ao serem questionados sobre o respaldo legal do médico para retirar o suporte terapêutico, 75,6% (34) dos entrevistados indicaram que o médico tem o respaldo para suspender procedimentos e suporte terapêutico ao potencial

doador quando determinado que este não será um doador.

Os dados referentes ao conhecimento dos enfermeiros sobre a manutenção do potencial doador, estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3 – Acertos e Erros relacionado à Manutenção do Potencial Doador Aracaju/SE, 2015.

QUESTÕES	ACERTOS		ERROS		NÃO RESPONDERAM	
	n	%	n	%	n	%
11. Complicações encontradas	9	20	35	77,8	1	2,2
12. Metas na manutenção	11	24,5	34	75,5	-	-
13 Hipotensão	6	13,3	36	80	3	6,7
14. Quais drogas vasoativas podem ser utilizadas?	34	53,3	20	44,5	1	2,2
15. Contratilidade cardíaca, deve-se iniciar:	25	55,5	17	37,8	3	6,7
16. A hemoglobina deverá ser mantida	14	31,1	30	66,7	1	2,2
17. Indicação para Hb < 7?	32	71,1	11	24,5	2	4,4
18. Hipotermia, como aquecer?	13	28,9	31	68,9	1	2,2
19. Manter dieta enteral?	39	86,7	6	13,3	-	-
20. A Glicemia quais faixa de valores?	10	22,2	35	77,8	-	-

Entre as metas que deverão ser atingidas na manutenção de um potencial doador, 33,3% (15) referiram que a meta que deve ser atingida é a da Pressão Arterial Média (PAM) > 65 mmHg e débito urinário > 0,5 a 4,0 ml/kg/h.

Na condição de o potencial doador estar em hipotensão, 46,7% (21) citaram que se deve infundir de 30 a 50 ml/kg de cristalóide aquecido a 38°C. Entre as drogas vasoativas que podem ser utilizadas, 46,7% (21) também afirmaram que a Noradrenalina, Dobutamina, Dopamina e Vasopressina são as mais utilizadas. Em relação a droga que deve ser iniciada caso haja contratilidade cardíaca, 62,2% (28) referiram que deve ser iniciada a Dobutamina.

No que se diz respeito à hemoglobina (Hb), 37,8% (17) afirmaram que esse componente deverá ser mantido acima de oito. Quanto à conduta diante de uma Hb < 7, 32, 71,1% referiram que a hemotransfusão seria indicada nessa situação. Em relação à hipotermia, 55,6% (25) dos enfermeiros afirmaram que seria necessária a manta térmica e fluidos venosos a 43°C, além de o oxigênio do respirador estar entre 42 a 46°C, para o aquecimento do potencial doador.

Em relação a nutrição por dieta enteral, 86,7% (39) afirmaram que a dieta do potencial doador deve ser

mantida e a glicemia que deverá ser coletada de 6/6hrs, 66,7% (30) referiram que essa faixa de valor deve ser mantida entre 110 - 120mg/dl.

DISCUSSÃO

A maioria dos enfermeiros entrevistados reconhece que a família tem o direito de ser informada acerca do diagnóstico de ME e quadro clínico do seu ente. O profissional de saúde deve iniciar o contato direto com a família a fim de esclarecer sobre o quadro clínico do paciente e buscar um envolvimento com estes para que desta forma aumente a probabilidade da efetivação da captação e conseqüentemente da doação de órgãos⁽⁹⁾.

Em relação a necessidade de notificação compulsória, mais da metade dos profissionais enfermeiros afirmaram que a ME não deveria ser notificada, de forma contrária ao que se é preconizado⁽¹⁰⁾.

Grande parte dos enfermeiros responderam que na ocasião de um ECG com nível 3 e com o uso de drogas depressoras, não se pode realizar a abertura do protocolo. A literatura evidencia que para que um protocolo de ME seja iniciado, o paciente deve atender alguns critérios pré-estabelecidos: ECG com nível 3, sem incursões ventilatórias voluntárias e sem condições indutoras do coma, como o uso

de sedação e bloqueadores neuromusculares, hipotermia ou distúrbios metabólicos graves⁽¹¹⁾.

Os enfermeiros identificaram a hipotermia e o uso de drogas depressoras do SNC como causas para a não abertura do protocolo de ME, o que corrobora com a literatura nacional encontrada⁽¹²⁾.

No que se refere aos exames clínicos realizados, os enfermeiros acertaram o tempo adequado para realização dessas avaliações, quando da abertura do protocolo de ME, sendo que na faixa acima dos dois anos de idade, deve-se ter um intervalo de seis horas, além da necessidade de realização de um exame gráfico⁽¹⁰⁾.

A maior parte dos enfermeiros concordou que o médico possui respaldo para suspender procedimentos e suporte terapêutico ao potencial doador quando determinado que este não será um doador, o que está em consonância com a Resolução 1.826/07 do CFM⁽¹³⁾.

A Hipotensão e os valores de glicemia, foram os itens que os enfermeiros mais erraram, e entre as metas que deverão ser atingidas, no que se refere ao potencial doador, menos

da metade referiu que a meta da PAM deve ser maior que 65 mmHg, o que corrobora com as diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos⁽¹⁴⁾.

Em relação as drogas vasoativas utilizadas, o conhecimento foi mediano, sendo que a Noradrenalina, Dobutamina, Dopamina e Vasopressina foram as mais prevalentes. Os guidelines também referem essas drogas podem ser utilizadas e ajustadas para manter a pressão arterial alvo e o fluxo tecidual global estáveis, de forma a viabilizar a doação de diferentes órgãos⁽¹³⁾.

No tocante a manutenção da dieta por via enteral, os enfermeiros demonstraram que essa seria uma ação fundamental, de acordo com as recomendações canadenses⁽¹³⁾.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros apresentaram considerável conhecimento em relação ao processo de doação, e baixo em relação a manutenção do potencial doador.

Os resultados dessa pesquisa poderão servir de subsídio para auxiliar na capacitação de enfermeiros envolvidos no processo de doação de órgãos.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. 2015. Ano XXII, nº2.
2. Rodrigues SLM, Neto JBEF, Sardinha LAC, Araujo S, Zambelli HJL, Boin IFSF, et al. Perfil de doadores efetivos do serviço de procura de órgãos e tecidos. Revista Brasileira de Terapia intensiva. 2014;26(1):21-27.
3. Santos MJ dos, Massarollo MCKB, Moraes EL de. Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Acta paul. Enferm. 2012; 25(5): 788-794.
4. Mendonça AS, Castro DC, Brasileiro ME. Assistência de enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição. 2010; 1(1):1-15.
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 292/2004. Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de órgãos e Tecidos. Rio de Janeiro, 07 de junho de 2004. Disponível em :<http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2922004_4328.html> Acesso em 20 de maio de 2015.
6. Guimarães JB, Barbosa NM, Batista M de A, Passos XS. Conhecimento dos enfermeiros sobre condutas na prevenção, manutenção e no controle da temperatura de potenciais doadores de órgãos. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.2012; 30(4).
7. Lima PA, Lorenzini EA, Sousa FGM de . Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica. Esc. Anna Nery. 2012; 16(4): 734-740.
8. Freire ILS, Oliveira MAE de, Freitas MB de, Melo G de SM, Costa IKF, Torres G de V. Compreensão da equipe de enfermagem sobre morte

encefálica e a doação de órgãos. Revista Eletrônica Trimestral de Enfermeria. 2014; 36(8):70-78.

9. MORATO, E.G. Morte Encefálica: Conceitos essenciais, diagnósticos e atualização. Rev Med Minas Gerais 2009; 19(3): 227-236.

10. Conselho Federal de Medicina. Lei nº 9434 de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a Remoção de Órgãos, Tecidos e Partes do Corpo Humano para fins de Transplante e Tratamento. Disponível em:<http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21729. Acesso em 23 de maio de 2015.

11. Giugnj JR, Tannous LA., Yazbek YMC. Manual para notificação, Diagnóstico para morte encefálica e Manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos. Curitiba - Paraná, 2014.

12. Sardinha LAC, Zambelli HJL, Montone EBB, Panuto MR, Athayde MVO, Rodrigues S de LL, et al. Manutenção do potencial Doador de órgãos - Diretrizes. Universidade Estadual de Campinas, Campinas; 2011.

13. Moraes ELD, Carneiro AR, Araújo MN, Santos FS, Massarollo MCKB. Desconexão do ventilador mecânico de não doadores de órgãos: percepção de médicos intensivistas. Revista - Centro Universitário São Camilo. 2011;5(4):419-426.

14. Westphal GA, Caldeira FM, Vieira KD, Zaclikevis VR, Bartz MCM, Wanzuita R. Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido: parte II. Ventilação mecânica, controle endócrino metabólico e aspectos hematológicos e infecciosos. Rev. bras. ter. intensiva. 2011; 23(3): 269-282.