

## CUIDANDO DA PESSOA COM MORTE ENCEFÁLICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thayse Moraes de Moraes<sup>1</sup>; Suzana Rosa André<sup>2</sup>; Márcio Almeida Lins<sup>3</sup>; Maicon de Araújo Nogueira<sup>4</sup>; Antônia Margareth Moita Sá<sup>5</sup>

<sup>1,2</sup>Mestrado, <sup>3</sup>Graduação, <sup>4</sup>Especialização, <sup>5</sup>Doutorado

<sup>1</sup>Universidade Federal do Pará (UFPA),

<sup>2,5</sup>Universidade do Estado do Pará (UEPA),

<sup>3,4</sup>Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ)

thaysem@hotmail.com

**Introdução:** No primeiro semestre de 2015, no Brasil, pela primeira vez desde 2007, observou-se uma redução 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). ME é a parada completa e irreversível das funções neurológicas. Ocorre quando há injúria encefálica extensa, sem possibilidade de recuperação funcional. 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. Após a identificação do possível doador, com sinais clínicos de morte encefálica (coma irreversível, arreativo e aperceptivo), iniciam-se os procedimentos técnicos e protocolares que confirmarão a condição do indivíduo, como doador em potencial. Ante essa situação, o enfermeiro orienta a equipe de saúde sobre a necessidade de informar e esclarecer os familiares do possível doador, quando do início dos procedimentos de confirmação de morte encefálica. Esse cuidado é de suma importância, pois, muitas vezes, as famílias de doadores só têm contato com o diagnóstico de ME, após sua conclusão, o que dificulta a aceitação dessa condição. **Objetivos:** Objetivo: Relatar a percepção do enfermeiro na UTI no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um relato de experiência, vivenciado de maio a junho de 2016, sob a perspectiva de acadêmicos e docentes de Enfermagem durante as suas aulas práticas da disciplina de Unidade de Terapia Intensiva. **Resultados:** parâmetros são regulamentados pelo CFM, por meio da Resolução 1.480/19976, que determina que o diagnóstico de morte encefálica seja dividido inicialmente em duas etapas: exames clínicos e complementares. O primeiro, que tem como finalidade comprovar a ausência de reflexos do tronco encefálico, é realizado em intervalos de tempo conforme a idade do possível doador – entre 7 dias a 2 meses incompletos, os exames são repetidos a cada 48 horas; de 2 meses a 1 ano incompleto, a cada 24 horas; em 1 ano a 2 anos incompletos, a cada 12 horas; mais que 2 anos, em intervalos de 6 horas. Vale ressaltar que esse exame não deve ser realizado por profissionais da equipe responsável pela remoção de órgãos, mas por médico neurologista. Exames complementares (como angiografia cerebral, eletroencefalograma e tomografia computadorizada), por sua vez, devem ser realizados entre o primeiro e segundo exame clínico, ou após o segundo exame clínico de morte encefálica. Para concluir o diagnóstico é necessário constatar ausência de irrigação sanguínea no encéfalo, inatividade elétrica e ausência de atividade metabólica. O estado de morte encefálica é caracterizado por processo complexo que leva a diversas

complicações deletérias para o potencial doador. Portanto, é de extrema necessidade que a equipe de enfermagem esteja capacitada à investigação e detecção dessas possíveis complicações, que englobam disfunção cardíaca, disritmias, coagulopatia e aumento da diurese induzido por frio. Fornecer cuidado minucioso ao paciente é fundamental, especialmente monitoramento da temperatura; aquecer o paciente é indispensável, pois a falta desse cuidado na emergência ou terapia intensiva resulta em hipotermia muito rapidamente. Ao longo das práticas, constatou-se que o enfermeiro exerce um papel-chave na manutenção do potencial doador. O transplante de órgãos e tecidos é uma alternativa terapêutica segura e eficaz no tratamento de diversas doenças, determinando melhoria na qualidade e na perspectiva de vida. Diante da crescente escassez de órgãos é essencial que se otimize o uso de órgãos captados de doadores com morte encefálica, atualmente a principal fonte de órgãos para transplantes. Assim, a assistência de enfermagem é relevante para garantir órgãos de boa qualidade aos receptores de transplantes. O cotidiano dos enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante é marcado por obstáculos, que consistem na falha para identificar, notificar e confirmar essa situação, pelo desconhecimento, desinteresse e sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde. O atraso ou falha nessa etapa resulta em custos inapropriados, ocupação prolongada de um leito de UTI, aumento do sofrimento familiar e perda de órgãos e tecidos para transplante. Sendo assim, a disponibilidade de pessoal treinado nos hospitais é importante para melhorar a notificação do potencial doador, na realização do diagnóstico de morte encefálica e na comunicação aos familiares, na manutenção da viabilidade dos órgãos para transplante, na entrevista familiar e na liberação do corpo do doador para sepultamento. A doação e transplante de órgãos são temas polêmicos que têm despertado interesse e discussões em vários seguimentos da sociedade. A falta de esclarecimento, o noticiário sensacionalista, a ausência de programas permanentes voltados para a sensibilização e o incentivo à doação contribuem para alimentar dúvidas e arraigar mitos e preconceitos. Isso se mostrou muito forte nesse estudo uma vez que o público alvo não aceitou participar da pesquisa justificando que “era um tema muito polêmico”, “que poderia trazer prejuízos para o serviço e para os mesmos”. Atendendo a resolução 466/12 CONEP no que diz respeito à ética da pesquisa, levando em consideração a autonomia dos participantes finalizamos o presente estudo sem o desfecho primário. **Conclusão/Considerações Finais:** Diante da realidade apresentada fica evidente a necessidade de mudar esse cenário e, indubitavelmente, a educação vem sendo apontada como o caminho mais apropriado para vencer essas dificuldades, ressaltamos necessidades de revisão no currículo dos cursos de graduação em Enfermagem com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o conceito e o protocolo diagnóstico de ME, otimizando o processo de doação de órgãos, no intuito de minimizar sentimentos de incertezas e dúvidas ao cuidar do ser em ME, a fim de implantar estratégias para superar tais obstáculos e otimizar a viabilização de órgãos e tecidos para realização dos transplantes.

#### **Referências:**

1. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. 2015. Ano XXII, nº2.
2. Bousso RS. The family decision-making process concerning consent for donating their child's organs: a substantive theory. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(1):45-54.

3. 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 : Acesso em 20 de maio de 2015.
4. Dell Agnolo CM, Freitas RA, Toffolo VJO, Oliveira MLF, Almeida DF, Carvalho MDB. Causes of organ donation failure in Brazil. *Transpl Proc.* 2012;44:2280-2
5. Moraes EL, Massarollo MCKB. Family refusal to donate organs and tissue for transplantation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008;16(3):458-64.