

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS: REGISTROS DE UM HOSPITAL DE SERGIPE

Nursing care to potential donor of organs and tissues: recording of a hospital in Sergipe

Ana Talyta Almeida Fonseca, Viviane Aragão Santiago Costa, Emília Cervino Nogueira

RESUMO

A identificação precoce de alterações sistêmicas no doador e a assistência de enfermagem adequada para manutenção fisiológica do potencial doador de órgãos e tecidos em morte encefálica podem preservar a qualidade de seus órgãos e tornar efetiva a doação. **Objetivo:** Conhecer os cuidados de enfermagem que foram prestados ao potencial doador de órgãos e tecidos em um hospital de Sergipe durante o ano de 2009. **Métodos:** Pesquisa documental, retrospectiva com abordagem quantitativa e análise descritiva a partir dos dados de prontuários de pacientes de um Hospital de Referência do Estado de Sergipe. A população de estudo foi de 24 prontuários de potenciais doadores de órgãos e tecidos no período de janeiro a dezembro de 2009. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado roteiro de observação estruturado. **Resultados:** Entre os potenciais doadores prevaleceu o sexo masculino (66,67%) com média de idade de 34,95 anos; 37,5% estavam internados no Pronto-Socorro, 29,17% na Unidade Terapia Intensiva (UTI) e 12,5% no Centro Cirúrgico (C.C) / Sala de Recuperação Pós- Anestesia (SRPA). Em 25% dos prontuários a temperatura havia sido registrada, 41,67% tinham registros da pressão arterial e 37,50% da frequência cardíaca. Não foram encontrados registros de cuidado com as córneas em 87,50% dos prontuários. Observou-se em um (4,17%) dos prontuários a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem e em 33,33% havia alguma anotação do enfermeiro. **Conclusão:** A assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos e tecidos não foi prestada ou registrada de maneira adequada em um hospital de Sergipe.

Descritores Cuidados de Enfermagem; Obtenção de Tecidos e Órgãos; Transplantes de órgãos.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento dos transplantes e sua aplicação na substituição de alguns órgãos ao longo de aproximadamente três décadas tem evoluído de um procedimento com pouco sucesso para uma intervenção terapêutica eficaz em pacientes com doenças terminais do coração, fígado, pulmão, pâncreas e rim.^{1,2}

Para tal sucesso, inúmeros relatos compõem a história dos transplantes. O primeiro deles encontra-se registrado no livro do Gênesis 2:21-22, em que Adão aparece como o primeiro doador.³

A literatura aponta que os primeiros homotransplantes de humano para humano foram de córneas, realizados por volta de 1880, tendo sido o ano de 1954, o marco na realização do primeiro transplante renal com sucesso em gêmeos idênticos na cidade de Boston – EUA.⁴

Em 1967, Christian Barnard, desconhecido cirurgião de um hospital sul-africano da Universidade de Cape Town tornou-se o precursor dos transplantes cardíacos bem-sucedidos de humano para humano.^{1,2} O Brasil destaca-se no cenário histórico dos transplantes desde 1968, quando o Dr. Euríclides J. Zerbini realizou o primeiro transplante cardíaco do País no Hospital das Clínicas da USP, tendo o receptor sobrevivido 28 dias.⁵

Sergipe também tem sua participação histórica, sendo o primeiro estado do Norte e Nordeste e o sexto no Brasil a realizar um transplante cardíaco em 1986.⁶

Atualmente, o transplante de órgãos e tecidos é uma alternativa no tratamento de pacientes que se encontram em estado terminal

Instituição:

Direção da Área de Saúde, Departamento de Enfermagem, da Universidade Tiradentes – Aracaju, Sergipe, Brasil

Correspondência:

Viviane Aragão Santiago Costa

Rua Moacir Wanderlery, nº 100 / 103, Ed. Ronaldo Calumby, Lot. Garcia, CEP 49025-510, Aracaju/SE

Tel.: (79) 3213-0724

E-mail: vivianearagao_@hotmail.com

e irreversível da função renal, cardíaca, hepática, pulmonar e pancreática, proporcionando melhora na qualidade e expectativa de vida.^{7,8}

Em consequência de ações governamentais que apoiam o processo de doação de órgãos, houve um aumento significativo da atividade transplantadora no Brasil.⁹ Entretanto, vem ocorrendo também um crescente aumento das listas de espera de candidatos a transplante, ocasionando a morte de muitas pessoas enquanto aguardam a efetivação deste.^{10,11}

No primeiro semestre de 2010 havia no país 59.944 pacientes em lista de espera para transplante, sendo 31.270 para transplante renal, 22.727 para transplante de córneas e 4.770 para transplante hepático.¹² Em Sergipe, no mesmo período, a lista de espera contava com 338 pessoas à espera de córneas e 313 à espera de rim. Entretanto, nos anos de 2008 e 2009 foram notificados 78 e 108 potenciais doadores, respectivamente.¹³

Como fatores limitantes para o aumento do número de transplantes realizados no Brasil, destaca-se a não notificação de pacientes com diagnóstico de morte encefálica, a falta de educação continuada dos profissionais de saúde relacionada ao processo de doação-transplante, além de recusa familiar.⁷

A Lei 9.434 de 4 de fevereiro de 1997 que dispõe sobre transplantes de órgãos e tecidos no Brasil estabelece critérios para a retirada de órgãos *post mortem* e com doador vivo, além de determinar sanções penais e administrativas pelo não cumprimento desta.¹⁴

Segundo a Resolução CFM nº 1.480 de 8 de agosto de 1997, a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, que será diagnosticada após a realização de exames clínicos e complementares. Tais exames deverão demonstrar como aperceptivo, com ausência de atividade motora supra-espinal, apnéia, ausência de atividade elétrica cerebral e ausência de perfusão sanguínea cerebral. O intervalo de tempo entre os exames é próprio de cada faixa etária, sendo de seis horas nos pacientes com mais de dois anos de idade.¹⁵

A morte encefálica é um processo que altera a fisiologia e a bioquímica celular de todos os sistemas orgânicos, produzindo mudanças bruscas na pressão arterial, hipoxemia, hipotermia, coagulopatia, distúrbios eletrolíticos e hormonais.¹⁶

O processo de morte encefálica inicia-se com aumento da pressão intracraniana devido à expansão do volume do conteúdo intracraniano. O retorno venoso é comprometido, em seguida ocorre herniação do tronco cerebral pelo forame magno, elevando ainda mais a Pressão Intracraniana (PIC), até cessar por completo a circulação arterial encefálica, seguindo-se a morte encefálica.¹⁷

Os critérios para avaliação do potencial doador são essenciais para evitar a transmissão de doenças infecciosas e neoplásicas para o receptor.⁷ Dessa forma, as situações que determinam contra-indicação para a captação dos órgãos e tecidos são: presença de anticorpos contra o vírus da imunodeficiência adquirida, infecções virais, presença de neoplasias (exceto quando tumor primário do sistema nervoso central) e sepsis bacteriana.¹⁸

A literatura disponível aponta como falhas no processo de doação de órgãos a negação familiar e as condições técnicas de trabalho dos profissionais de saúde, sobretudo os cuidados de manutenção inadequados ao potencial doador de órgãos. Este deverá ser tratado com o mesmo empenho que qualquer outro paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).¹⁸

Segundo a Resolução COFEN 292 de 7 de junho de 2004, o enfermeiro é responsável por desenvolver e participar de pesquisas relacionadas ao processo doação-transplante, organizar programas educativos para a comunidade visando a difusão da importância da doação e aprimorar e capacitar os profissionais de enfermagem envolvidos no processo de doação.¹⁹

Ainda de acordo com a referida Resolução, o enfermeiro deve planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados aos doadores de órgãos e tecidos, notificar os potenciais doadores às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no processo de doação de órgãos e tecidos e documentar, registrar e arquivar o processo de doação/transplante no prontuário do doador, bem como, do receptor.¹⁹ Como se observa, “as anotações de enfermagem estão presentes em todas as fases do SAE, fornecendo subsídios para o planejamento da assistência, para a execução dos cuidados e para avaliação da assistência prestada”.²⁰

Os dados das anotações de enfermagem servem como subsídios para o enfermeiro no processo de tomada de decisão das condutas a serem implementadas; portanto, se os dados não forem suficientemente fidedignos ou compreensíveis, o enfermeiro poderá super ou subvalorizar os problemas relacionados ao cuidado ao potencial doador, por não ter parâmetros concretos para análise e avaliação da assistência de enfermagem.²⁰

Com a morte encefálica ocorre liberação de catecolaminas responsáveis por eventos que podem colocar em risco a perfusão de órgãos do potencial doador.¹⁵ Os diversos efeitos deletérios sobre o organismo que acompanham a morte encefálica resultam em instabilidade cardiovascular, desarranjos metabólicos e hipoperfusão tecidual. Portanto, é imprescindível a padronização de cuidados intensivos ao doador de múltiplos órgãos, estando desta forma associados ao aumento do número de órgãos captados e à sua qualidade.¹⁶

A regulação hipotalâmica da temperatura é perdida com a morte encefálica. A vasodilatação típica da síndrome associada à infusão de grandes volumes de fluidos não aquecidos causam hipotermia e, conseqüentemente, podem ocorrer disfunção cardíaca, disritmias, coagulopatia e diurese induzida pelo frio.^{8,16,18}

O aumento da permeabilidade vascular acontece também no território pulmonar, podendo ocorrer lesão pulmonar por trauma, pneumonia de aspiração e embolia gordurosa. Os potenciais doadores de órgãos requerem manutenção de ventilação artificial, pois há alteração nas trocas gasosas em decorrência do edema pulmonar neurogênico, trauma pulmonar, infecção e atelectasias.^{8,16,21}

O suporte calórico deve ser realizado por via endovenosa e deve ser realizada sondagem gástrica com manutenção da dieta enteral, que deve ser suspensa antes da cirurgia para retirada dos órgãos.¹⁷ A reposição volêmica deverá ser realizada em uma veia calibrosa periférica e as drogas vasoativas administradas em veias centrais utilizando vias exclusivas.¹⁸

O enfermeiro desempenha um papel muito importante na prevenção da infecção. Para isso, deverá realizar higiene corporal e oral diariamente, mudanças de decúbito a cada duas horas para prevenir úlceras por pressão e manter a integridade da pele; deverá realizar curativo asséptico dos pontos de inserção dos cateteres venosos e

arteriais, diminuindo os riscos de infecção.⁸ É de responsabilidade da equipe de enfermagem realizar o controle dos parâmetros hemodinâmicos do potencial doador, devendo verificar e registrar os sinais vitais, principalmente a temperatura e a pressão arterial.²¹

A equipe de enfermagem deve estar atenta para identificar os distúrbios da coagulação que podem ocorrer, como: coagulação intravascular disseminada, observar sinais de sangramentos persistentes em locais das punções vasculares, coloração da diurese, indicando hematuria e gengivorragias.^{8,18} Além disso, o controle da diurese é essencial para manter a função renal; o enfermeiro deverá realizar sondagem vesical de demora, observar e registrar os horários da diurese.⁸

A identificação precoce do potencial doador de órgãos e tecidos em morte encefálica, como também a assistência de enfermagem adequada para manutenção fisiológica das funções cardiovascular, hemodinâmica, controle dos sinais vitais, controle da diurese, higiene e realização de mudanças de decúbito podem preservar a qualidade de seus órgãos e tornar efetivo o processo de doação.

O sucesso dos transplantes depende da organização e efetiva participação das equipes em todo o processo de doação; dessa forma, as ações de diagnóstico da morte encefálica, notificação e manutenção adequada do potencial doador são indispensáveis para reduzir a mortalidade na lista de espera e obter sucesso na intervenção terapêutica.

Para Garcia, a educação da população e dos profissionais de saúde é fundamental para fortalecer a participação destes no processo de transplante de órgãos e tecidos e se tornar um dos fatores determinantes do sucesso dos programas de transplante.^{1,2}

Dessa forma, a equipe de enfermagem assume um papel essencial no processo de doação, especialmente no que tange à manutenção do doador. É fundamental a existência de uma assistência continuada, de um registro informatizado com informações completas sobre os doadores potenciais e efetivos, assim como sobre as causas da não efetivação da doação.^{1,2}

Frente ao exposto, surgiu o interesse de verificar se a assistência de enfermagem realizada tem sido adequada para a manutenção do potencial doador em uma instituição hospitalar de Sergipe. O objetivo do presente estudo é analisar os registros de enfermagem referentes aos cuidados prestados aos potenciais doadores, observar a utilização dos impressos relacionados à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e identificar nos potenciais doadores a ocorrência de efetivação da doação, bem como as causas da não efetivação durante o ano de 2009.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental, retrospectiva com abordagem quantitativa e análise descritiva realizada a partir dos registros da equipe de enfermagem nos prontuários de potenciais doadores de órgãos para transplantes de um Hospital de Referência em Urgência do Estado de Sergipe, disponíveis no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) após liberação da instituição.

Os prontuários foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e analisados por meio de um roteiro estruturado. Foram utilizados também dados disponíveis na Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) do referido hospital. Os dados foram analisados de forma descritiva e sumarizados por meio de figuras e tabelas.

Foram incluídos prontuários de pacientes com idade até 65 anos que apresentavam como diagnóstico primário Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) e Acidente Vascular Cerebral (AVC), com indicações clínicas sugestivas de Morte Encefálica na evolução médica no período de janeiro a dezembro de 2009. Foram excluídos pacientes com sorologia reagentes para doenças infecto-contagiosas e com diagnósticos associados de neoplasias e sepse.

Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de observação estruturado, no qual foram identificadas as variáveis sócio-demográficas e epidemiológicas, assim como os registros dos cuidados na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes (UNIT), visando atender às recomendações da Resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

No período de janeiro a dezembro de 2009 ocorreram 37 óbitos de acordo com os critérios de inclusão do presente estudo. Entretanto, devido a não localização de 13 prontuários, a amostra final constou de 24 prontuários de pacientes com indicações clínicas sugestivas de morte encefálica na evolução médica.

Na amostra prevaleceu o sexo masculino com 66,67% (16/24) dos potenciais doadores, com média de idade de 34,95 anos (DP 14,40), sendo a idade mínima de nove anos e máxima de 56 anos. Com relação ao local de internação em que os potenciais doadores se encontravam, o Pronto-Socorro do hospital obteve o maior índice de internações. A tabela 1 demonstra a distribuição dos potenciais doadores de acordo com o local de internação.

Tabela 1: Distribuição dos potenciais doadores de acordo com o local de internação

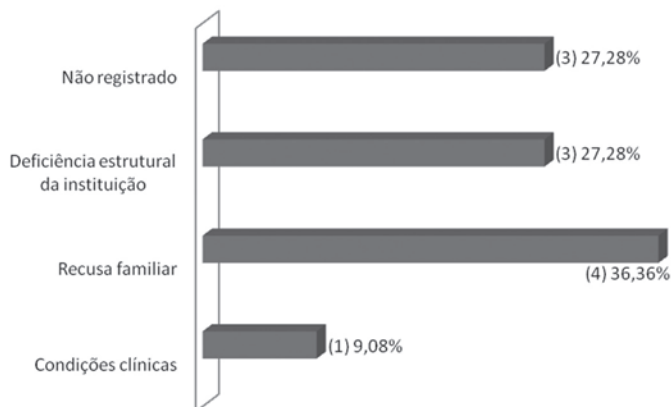
LOCAL DE INTERNAÇÃO	(n)	Fr%
Alas de Internações	2	8,33
Semi-Intensiva	2	8,33
UTI	7	29,17
Centro Cirúrgico /SRPA	3	12,50
Pronto Socorro	9	37,50
Não Registrado	1	4,17

Na presente casuística, as causas primárias dos óbitos foram de 70,83% (17/24) dos casos por TCE e 29,17% (7/24) por AVC. Em relação à taxa de doação, de acordo com dados obtidos na CIHDOTT, observou-se taxa de 54,16% (13/24) das doações. Entretanto, foram encontrados registros de remoção dos órgãos e/ou tecidos em 29,17% (7/24) dos prontuários dos potenciais doadores; destes, apenas um (4,17%) foi doador de órgão e seis (25%) de tecidos (Tabela 2). Segundo dados da CNCDO-SE, no mesmo período foram notificados 36 potenciais doadores em morte encefálica em todo o estado e, desses, oito tornaram-se doadores de órgãos (22,22%).¹³

Tabela 2: Registro da remoção de órgãos e tecidos em potenciais doadores

REGISTRO DA REMOÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS	(n)	Fr%
Registrado		
Órgãos	1	4,17
Tecidos	6	25
Não registrado	17	70,83

De acordo com os arquivos da CIHDOTT, dentre as causas da não doação de órgãos destacam-se recusa familiar em 36,36% (4/11) e deficiência estrutural da instituição em 27,28% (3/11), o que pode incluir os cuidados inadequados na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos (Figura 1).

Figura 1: Causas da não efetivação da doação em potenciais doadores conforme CIHDOTT.

O presente estudo não encontrou registros entre as causas de não doação relacionados aos cuidados e à manutenção ao potencial doador de órgãos.

Nenhum prontuário apresentou registro de realização do curativo de acesso venoso central pelo enfermeiro, fator importante na prevenção de infecção, que pode influenciar negativamente na otimização do órgão para transplante.⁸ Em apenas 12,50% (3/24) havia registro da monitorização da pressão venosa central, a qual é necessária para avaliar a sobrecarga cardíaca e edema pulmonar e com parâmetro esperado de 8 a 10 mmHg. Dos 24 potenciais doadores, 20 (83,33%) utilizaram o monitor multiparamétrico.

Com relação à verificação dos sinais vitais a cada seis horas, apenas 25% (6/24) dos prontuários tinham registro de verificação da temperatura, considerado um cuidado preventivo da hipotermia, com temperatura ideal de 37°C.⁸ Dos prontuários de potenciais doadores, 41,67% (10/24) tinham registros da pressão arterial não-invasiva e 37,50% (9/24) tinham registro da frequência cardíaca.

Em relação aos cuidados preventivos de hipotermia, em apenas 29,17% (7/24) dos potenciais doadores foram utilizados cobertores

ou mantas térmicas, em 12,50% (3/24) foram infundidos líquidos intravenosos aquecidos e em 12,50% (3/24) foram utilizados focos de luz como fonte de aquecimento.

No presente estudo, em 95,83% (23/24) dos prontuários de potenciais doadores a sondagem vesical de demora foi registrada, sendo que em apenas 70,83% (17/24) havia registros do balanço hídrico. A Bomba de Infusão (BI) para controle da administração de volume e medicamentos foi utilizada em 20,83% (5/24) deles. O registro da sondagem gástrica ou enteral foi evidenciado em 91,67% (22/24) dos prontuários analisados; entretanto, em apenas 12,50% (3/24) havia registros de manutenção da dieta enteral.

A higiene corporal foi registrada em 91,67% (22/24) dos potenciais doadores analisados. Nessa pesquisa, a aspiração das vias aéreas inferiores e superiores foi registrada em 79,17% (19/24) e a elevação da cabeceira a 30° em 16,67% (4/24) dos prontuários analisados.

Em relação a SAE foi possível identificar a existência de impresso para sua execução apenas na UTI. Entretanto, só foram encontrados registros de sua utilização em um prontuário (4,17%). Da mesma forma, foram encontrados 33,33% (8/24) registros de anotação do enfermeiro e 4,17% (1/24) da evolução do enfermeiro (Figura 2).

Figura 2: Registros do profissional enfermeiro nos prontuários de potenciais doadores

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados e baseado na literatura existente, segundo Garcia, a taxa estimada de potenciais doadores em morte encefálica é em torno de 50 a 60 por milhão de população por ano (pmp/a).¹ Dessa forma, considerando o cálculo do autor, a estimativa para a capital do estado de Sergipe de potenciais doadores em morte encefálica por ano é de 27,2, não divergindo da amostra de estudo, considerando que a pesquisa foi realizada em apenas um hospital de referência de Sergipe.

Com relação ao sexo e à faixa etária, os dados são similares a estudos observados no Brasil e no mundo. Além disso, os dados são similares à grande maioria dos estudos que apontam exposição do homem a lesões traumáticas como fator de risco.^{6,9,11,22}

A literatura aponta que a maioria dos pacientes com diagnóstico de morte encefálica está internada em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). No entanto, no presente estudo, os pacientes com o diagnóstico foram identificados nas urgências e nas salas de recuperação pós-anestésica, o que vem de encontro a outros estudos realizados no mesmo estado. Isso ocorre devido à

carência de vagas em UTI no hospital estudado, sendo comum a permanência de potenciais doadores de órgãos para transplantes em outros setores do hospital.⁶

Segundo D'Império, cerca de 80% dos casos de morte encefálica possuem como diagnóstico primário lesões traumáticas, acidentes vasculares encefálicos e tumores do sistema nervoso central. Os resultados ora apresentados mostram que o alto índice de potenciais doadores, cuja morte encefálica deu-se por Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) deve-se ao fato do estudo ter sido realizado em um hospital de referência em trauma do Estado.^{6,11}

Com relação à taxa estimada de efetivação dos potenciais doadores, que de acordo com a literatura deve ser superior a 50% dos potenciais doadores, no presente estudo observou-se que a taxa foi aquém daquela estimada na literatura.¹

Entre as causas de não doação, o presente estudo não encontrou registros relacionados aos cuidados e manutenção ao potencial doador de órgãos. A literatura aponta que a manutenção dos potenciais doadores se destaca como a segunda causa da não efetivação da doação de órgãos no Brasil. Entretanto, ao se analisar os resultados, observa-se ausência de registros referentes aos cuidados com a manutenção dos potenciais doadores.²¹

A literatura existente afirma que se deve ter uma monitoração contínua da frequência cardíaca entre 60 e 130 batimentos por minuto, oximetria de pulso com saturação de oxigênio em sangue arterial (SaO₂) maior que 92%, pressão arterial não-invasiva acima de 90 mm Hg e abaixo de 170 mm Hg para manutenção hemodinâmica, e suporte ventilatório.²² Apesar da monitorização multiparamétrica ter sido realizada em 20 pacientes (83,33%), não há registro dos parâmetros avaliados por essa tecnologia, fato que pode dificultar a continuidade do cuidado pela equipe de enfermagem.

No que se refere às medidas para prevenção da hipotermia, tais como administração de fluidos aquecidos de 37°C a 38°C, utilização de mantas térmicas ou cobertores para evitar a perda de calor, aquecimento dos gases inspirados e aquecimento externo através de focos de calor a uma distância de 0,5 a 1 m do paciente, apenas em 29,17% (7/24) dos potenciais doadores foram utilizados cobertores ou mantas térmicas, em 12,50% (3/24) foram infundidos líquidos aquecidos e em 12,50% (3/24) foram utilizados focos de luz.^{8,16,18}

Com relação ao controle hídrico, que é de extrema importância para avaliação da função renal, é função do enfermeiro realizar a sondagem vesical de demora (SVD), registrar o balanço hídrico e avaliar se a diurese mantém-se entre 60-100 ml/h.^{8,21,24} Na presente investigação, em 95,83% (23/24) dos prontuários de potenciais doadores a sondagem vesical foi registrada sendo que em 70,83% (17/24) havia registros do balanço hídrico. Além disso, considerando-se que a maioria dos potenciais doadores fazia uso de drogas vasopressoras é preconizado também o uso de bomba de infusão para controle eficaz da administração de medicamentos, a qual foi utilizada em apenas 20,83% (5/24) dos pacientes.^{8,21,24}

Em apenas 12,50% (3/24) há registros de manutenção da dieta, que deve ser realizada por sonda e interrompida no momento da entrada no centro-cirúrgico, no caso de efetivação da doação.¹⁷

Entre os cuidados mais relevantes ao potencial doador estão a cabeceira elevada a 30° e manutenção das vias aéreas permeáveis. O enfermeiro é responsável por aspirar secreções traqueobrônquicas com técnica estéril para evitar infecções, com frequência

determinada pela quantidade e característica da secreção no mínimo a cada seis horas, sendo que no estudo, a aspiração das vias aéreas inferiores e superiores foi registrada em 79,17% (19/24) e a elevação da cabeceira a 30° em 16,67% (4/24) dos prontuários analisados.^{8,16,18}

Os cuidados com a manutenção da integridade das córneas são fundamentais por se tratar de um dos tecidos mais transplantados na atualidade.^{8,21} No presente estudo, 87,50% (21/24) dos prontuários dos potenciais doadores não apresentavam registros referentes aos cuidados com a córnea, tais como manutenção dos olhos fechados com gaze umedecida. Dessa forma não se pode garantir que os cuidados específicos com as córneas foram prestados, uma vez que não há registros de tal assistência, o que poderia dificultar o processo de captação das córneas para transplante

O impresso da sistematização da assistência de enfermagem foi identificado e utilizado na UTI; entretanto, só foi encontrado seu registro em apenas um (4,17%) prontuário. Tal achado contrapõe a Resolução COFEN 292, que determina como responsabilidade do enfermeiro a aplicação da assistência de enfermagem em todo o processo de doação de órgãos e tecidos, devendo documentar, registrar e arquivar o processo de doação/transplante no prontuário do doador e receptor.¹⁹

A finalidade da anotação do enfermeiro é fornecer informações relacionadas à assistência de enfermagem prestada, assegurando a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantindo continuidade do cuidado de enfermagem. Além disso, é uma responsabilidade legal e ética do enfermeiro realizar o registro da evolução de enfermagem a cada 24 horas.^{20,25}

Estudo realizado sobre a vivência da equipe de enfermagem no cuidado e manutenção de pacientes com diagnóstico de morte encefálica mostrou que os cuidados do potencial doador de órgãos, na prática, ficam restritos ao banho no leito e à administração dos medicamentos prescritos. Cuidados específicos para uma efetiva manutenção do potencial doador são geralmente negligenciados pela equipe de enfermagem.¹⁹ Tal achado corrobora os resultados ora apresentados.

O presente estudo está de acordo com a literatura, onde se observou maior número de registros de cuidados básicos de enfermagem. Observou-se também que os cuidados específicos para manutenção do potencial doador não foram registrados nos prontuários da maioria dos casos investigados, o que pode ter refletido nos baixos índices de efetivação da doação, com uma taxa de apenas 4,17% de remoção de órgãos para transplante.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram lacunas em relação ao registro da assistência de enfermagem nos cuidados ao potencial doador de órgãos e tecidos de um hospital de referência de Sergipe.

Sendo assim, para contribuir com o sucesso dos resultados dos transplantes e, conseqüentemente, com a redução do número de pacientes em lista de espera, faz-se necessária a conscientização dos profissionais de saúde quanto à sua importância nesse processo, seja na participação do diagnóstico de ME, na notificação de potenciais doadores e também nos cuidados específicos para a manutenção do potencial doador. Nesse sentido, a equipe de enfermagem assume papel fundamental no registro e evolução dos procedimentos realizados, de forma a contribuir para a continuidade dos cuidados prestados aos doadores de órgãos para transplantes.

ABSTRACT

Early identification of systemic changes in the donor and appropriate nursing care for the physiological maintenance of potential organ and tissue donor in brain death can preserve the quality of their bodies and make the donation effective. **Purpose:** To understand the nursing care provided to potential donors of organs and tissues in a hospital in Sergipe along 2009. **Methods:** Retrospective approach with quantitative and descriptive analysis of data from patient records in a reference hospital in the State of Sergipe. The studied population was composed by 24 medical records of potential donors of organs and tissues from January to December 2009. As an instrument of data collection, it was used the structured observation. **Results:** Among potential donors, it prevailed males (66.67%), with mean age of 34.95. 37.5% were hospitalized in the Emergency Room, Intensive Care Unit (ICU) 29.17% and 12.5% in the Surgical Center / PACU. In 25% of records the temperature was recorded, 41.67% had records of blood pressure and heart rate in 37.50%. There were no records of care for the corneas in 87.50% of the charts. It was observed in one record (4.17%) the use of the Nursing Care System and in 33.33% some notes from the nurse. **Conclusion:** The nursing care for potential donor of organs and tissues has not been provided or recorded properly at a hospital in Sergipe.

Keywords: Nursing Care; Tissue and Organ Procurement; Organ Transplantation.

REFERÊNCIAS

1. Garcia VD. A Política de Transplantes no Brasil. Revista da AMRIGS. Porto Alegre. 2006;50(4):313-20.
2. Garcia VD, Abbud MF, Neumann J, Pestana, JOM. História dos transplantes. In: Garcia VD, Abbud MF, Neumann J, Pestana JOM. editores. Transplante de Órgãos e Tecidos. 2ª ed. São Paulo: Segmento Farma; 2006(1):3-18.
3. Bíblia Sagrada. Edição Pastoral. Sociedade Bíblica Católica Internacional e Paulus – 1990; Gênesis 2:21-22.
4. Lima, EDRP, Magalhães MB, Nakamae DD. Aspectos ético-legais da retirada e transplantes de tecidos, órgãos e partes do corpo humano. Ribeirão Preto. Revista latino-Americana de enfermagem. 1997;5(4):5-12.
5. Guerra CICO, Bittar OJNV, Siqueira MRJ. et al. O custo que envolve a retirada de múltiplos órgãos. São Paulo, SP. Revista da Associação Médica Brasileira. 2002;48(2):156-62..
6. Nogueira EC, Pereira CU. Potencial para obtenção de órgãos em um Hospital de Urgência de Sergipe. Jornal Brasileiro de Transplantes. 2007;10(3):756-61.
7. Pereira WA. et al. I Reunião de Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de órgãos. São Paulo. 2003.
8. Sesma AM, Olló MZ. Cuidados de enfermería em el mantenimiento del donante potencial de órganos em muerte encefálica. Enfermagem Intensiva. 2001.
9. Santos, ALGA, Silva AAM, Santos RF. Estimativa do Número Potencial de Doadores Cadavéricos e da Disponibilidade de Órgãos e Tecidos Para Transplantes Em Uma Capital do Nordeste do Brasil. 2005;28(1):25-30.
10. Dubose j, Salim A. Aggressive organ donor management protocol. Journal Intensive Care Med. 2008;23(6):2643-44.
11. Seller-Pérez G, Herrera-Gutiérrez ME, Lebrón-Gallardo M. et al. Donantes de órganos em uma Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina Intensiva. 2004;28(6):308-15.
12. Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo: ABTO, 2009;15(2):29.
13. Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos de Sergipe. 2010
14. Lei Federal 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.
15. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1480 de 08 de agosto de 1997.
16. Rech TH, Rodrigues FEM. Manuseio do Potencial Doador de Múltiplos Órgãos. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2007;10(2):197-204.
17. D'império F. Morte Encefálica, Cuidados ao Doador de Órgãos e Transplante de Pulmão. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2007;19(1):74-84.
18. Guetti NR, Marques IR. Assistência de Enfermagem ao Potencial Doador de Órgãos Em Morte Encefálica. Revista Brasileira de Enfermagem. 2008;61(1):P91-7.
19. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 292 de 07 de junho de 2004.
20. Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM. et al. Sistema de Assistência de Enfermagem: Evolução e Tendências. 2ª Ed. São Paulo, SP. 2001;(2):303.
21. Lemes MMD, Bastos MAR. Os Cuidados de Manutenção dos Potenciais Doadores de Órgão: Estudo Etnográfico sobre a vivência da Equipe de Enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2007;15(5):70.
22. Moraes EL., Silva LBB, Glezer M. et al. Trauma e Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. Jornal Brasileiro de Transplantes. 2006;9:561-5.
23. Nogueira EC. Captação de órgãos em Sergipe e fatores associados à efetivação de potenciais doadores. 2008. p101 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju.
24. Opo-Hcfmusp. Organização de Procura de Órgãos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. P. 1-9.
25. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 272 de 27 de agosto de 2002.