

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA**

**OTÁVIA DA SILVA SANTANA**

**CARACTERIZAÇÃO E NOTIFICAÇÕES DE PACIENTES COM MORTE  
ENCEFÁLICA OCORRIDAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA REGIÃO DO VALE  
DOS SINOS: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 2013-2015**

**São Leopoldo**

**2017**

Otávia da Silva Santana

**CARACTERIZAÇÃO E NOTIFICAÇÕES DE PACIENTES COM MORTE  
ENCEFÁLICA OCORRIDAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA REGIÃO DO VALE  
DOS SINOS: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 2013-2015**

Artigo apresentado como requisito parcial  
para obtenção do título de Especialista em  
Terapia Intensiva, pelo Curso de  
Especialização em Terapia Intensiva da  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos -  
UNISINOS

Orientador(a): Prof(a). Zoraide Immich Wagner

São Leopoldo

2017

# CARACTERIZAÇÃO E NOTIFICAÇÕES DE PACIENTES COM MORTE ENCEFÁLICA OCORRIDAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA REGIÃO DO VALE DOS SINOS: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 2013-2015

Otávia da Silva Santana\*

Zoraide Immich Wagner\*\*

**Resumo:** Conhecer as características das notificações de morte encefálicas ocorridas num hospital público de Novo Hamburgo foi o objetivo desta pesquisa exploratória, descritiva, quantitativa, realizada no Hospital Municipal de Novo Hamburgo-RS, com uma amostra de 31 prontuários, apenas 23 entraram nos critérios de inclusão. A coleta de dados retrospectiva de 2013 a 2015 foi realizada com base nas notificações à OPO1 e obtidas nos prontuários do Sistema de Arquivo Médico do Hospital referido. Dos prontuários analisados a maioria dos pacientes era do sexo masculino (60,9%) com idade variando entre 18 e 61 anos. A ME por Acidente vascular cerebral hemorrágico esteve presente em 43,5% dos casos seguida por 26,1% de Traumatismo crânio encefálico. O tempo entre a internação e o diagnóstico de ME teve variação entre -24 horas há 13 dias. Quanto às comorbidades a amostra permitiu identificar que 60,9% dos pacientes eram hígidos e 21,7% apresentavam Hipertensão arterial sistêmica. Em 100% dos casos foi utilizado o Doppler transcraniano como exame complementar no diagnóstico de ME. É importante que a equipe conheça as características do potencial doador para que possam ser realizados cuidados específicos transformando o mesmo em doador efetivo aumentando assim a efetivação da doação.

**Palavras-chave:** Morte Encefálica. Terapia Intensiva. Notificações. Potencial Doador.

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com Souza et al. (2015) a morte encefálica (ME) é a incapacidade do cérebro de manter as funções vitais do organismo, esta é caracterizada pela parada total e irreversível das funções cerebrais, sendo incompatível com a vida. O paciente em morte encefálica só terá suas funções cardíacas e respiratórias possíveis se mantidas por aparelhos.

Conforme a resolução do CFM nº 1.480/97, a morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida. Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma

---

\* Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Novo Hamburgo; Aluna do Curso de especialização de enfermagem em Terapia Intensiva da Universidade do Vale dos Sinos.

\*\* Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do HPS de Porto Alegre; Docente do curso de Enfermagem na Universidade do Vale dos Sinos e Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva e Urgência e Emergência.

aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia.(BRASIL, 1997).

Para o diagnóstico de ME é necessário que sejam feitas duas avaliações clínicas e exames complementares do paciente com suspeita de morte encefálica, sendo que a primeira poderá ser realizada por um médico intensivista e a segunda avaliação preferencialmente por um neurologista. Os dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no termo de declaração de morte encefálica.(SALLUM; ROSSATO; SILVA, 2011)

A causa da morte deve ser conhecida e bem definida e o diagnóstico de ME deve ser compulsoriamente notificado para a Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos para transplante (CNCDO) de cada estado. (FREIRE, SARAH GABRIEL et al, 2015)

Devido a necessidade de otimizar a doação de órgãos e os beneficiados pela terapia do transplante, o Ministério da Saúde criou e regulamentou a Lei 9434/97 que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante. Simultaneamente, criou o Sistema Nacional de Transplante (SNT), visando normalizar o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas. (MORAIS, SILVA et al, 2004).

O SNT é a instância responsável pelo controle e pelo monitoramento dos transplantes de órgãos, de tecidos e de partes do corpo humano realizados no Brasil (Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997).

Sob a gerência da Central de transplantes de cada Estado e do Sistema Nacional de Transplantes estão as Organizações de Procura de Órgãos (OPOs) que têm como atribuição principal organizar a logística da procura de doadores de órgãos e tecidos nos hospitais localizados na sua área de atuação que são definidos por critérios geográficos e populacionais. (SECRETARIA DA SAUDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Em 2005 se tornou obrigatória em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). (Brasil, 2005). Em 2006 é estabelecido as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de

doação de órgãos e tecidos (Brasil, 2006) aprovado. Em 2009 foi aprovado o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, com regulamentação dos serviços das CIHDOTT nas instituições hospitalares com definição de deveres e funções (BRASIL, 2009).

Conforme Cappellaro et al. (2014), esta Comissão é importante, tanto para favorecer o processo de identificação de possíveis doadores para captação e doação de órgãos, implantar protocolos para realização de testes diagnósticos, comprovar a existência de morte encefálica e notificá-la, assim como para sensibilizar a família, reduzindo possíveis obstáculos para efetivação do transplante.

Frente ao acima exposto, o presente estudo teve como objetivo geral: caracterizar os pacientes de um Hospital Público da região do Vale dos Sinos /RS que foram notificados como potenciais doadores de órgãos e que realizaram o protocolo completo de morte encefálica no período retrospectivo de 2013 a 2015

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Morte Encefálica**

A morte encefálica foi descrita primeiramente como coma depasée em 1959 por Moullaret e Goudon ao investigarem 23 pacientes em coma sem resposta ao estímulo doloroso, sem reflexos do tronco cerebral e eletroencefalograma isoelétrico. Em dezembro de 1967 ocorreu na África do Sul o primeiro transplante cardíaco, que designou a necessidade de critérios mais minuciosos para a determinação do coma irreversível e de quais pacientes poderiam ser doadores de órgãos. Em 1968 a faculdade de Medicina de Harvard reuniu um comitê com 11 profissionais incluindo médicos, biólogo, historiador, jurista e um sociólogo para definir os critérios que determinassem conceituar o estado de coma irreversível. Em 1976 foi realizada uma revisão para padronizar e especificar alguns critérios já utilizados em 1968. (MORATO, 2009).

Ainda segundo Morato (2009) as atuais diretrizes para o diagnóstico de morte encefálica foram descritas em 1981, durante os trabalhos da Comissão Presidencial para o estudo de problemas éticos em Medicina nos Estados Unidos da América, critérios mais acurados passaram a ser utilizados tais como a correta identificação

do paciente, causa do coma, sua irreversibilidade, a eliminação de causas metabólicas e de intoxicação exógena.

O conceito de morte que antes era somente designado como a parada dos movimentos cardíacos e respiratórios teve seu conceito modificado com a evolução clínica e avanços tecnológicos e conseqüentemente com avanços na ressuscitação e suporte de vida, desde então, passou a ser associada a critérios neurológicos evoluindo para conceito de morte encefálica (ME). (VIANA e WHITAKER, 2011)

Para Souza, Lira e Mola (2015), o conceito de morte não está restrito as funções cardíacas e pulmonares mesmo sendo essenciais a sobrevivência humana diante da possibilidade de manutenção das funções vitais do ser humano mesmo sem o funcionamento do encéfalo. O conceito de morte evoluiu, na atualidade para morte encefálica (ME), com base em avaliações e exames neurológicos criteriosos.

A morte encefálica é definida como parada total e irreversível das funções cerebrais, as funções cardíacas e respiratórias são mantidas somente por meios artificiais com auxílio de aparelhos, sendo assim constatada a morte clínica do indivíduo. (SOUZA; LIRA; MOLA, 2015)

## **2.2 Causas de Morte Encefálica**

Conforme Baird e Bethel (2012), as causas que levam a morte encefálica são:

- Trauma crânio encefálico grave (TCE);
- HSA por rompimento de aneurisma cerebral;
- Hipertensão intracraniana (HIC) resultando em hematoma intracerebral;
- Acidente vascular isquêmicos agudos (AIA) resultando em edema cerebral maciço e/ou herniação do cérebro;
- Encefalopatia hipóxico-isquêmica após ressuscitação pulmonar prolongada;

Segundo os dados da Associação Brasileira de Transplantes de órgãos (ABTO) de 2013, no estado do Rio Grande do Sul, 47 casos de morte encefálica foram causados por traumatismo crânio encefálico, seguido de 108 casos por

Acidente vascular encefálico (AVE) e 26 por outras causas. O percentual no Brasil foi estimado com 38% por trauma crânio encefálico, 49% por acidente vascular encefálico e 13% outras causas. Predominando o acidente vascular encefálico como principal causa no ano de 2013. (REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2013).

Para Souza, Lira e Mola (2015), as principais causas de morte encefálica estão o Acidente Vascular Encefálico, o Trauma Cranioencefálico, o Tumor de Sistema Nervoso Central e a Encefalopatia Anóxica.

### **2.3 Diagnóstico de Morte Encefálica**

De acordo com a Associação Brasileira de Transplantes de órgãos (2009), o diagnóstico independe da possibilidade de doação.

O diagnóstico é feito através da realização de dois exames clínicos e um exame complementar. Os testes são realizados por dois médicos sendo um deles de preferência neurocirurgião ou neurologista. (MORATO, 2009).

Conforme o Conselho Federal de Medicina, a morte encefálica deverá ser diagnosticada através de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, respeitando as faixas etárias; os dados clínicos e complementares deverão ser registrados no termo de declaração de morte encefálica, a morte encefálica deverá ser de causa conhecida e irreversível; os parâmetros clínicos a serem observados são coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia. Os exames complementares deverão mostrar de forma inequívoca a ausência de atividade cerebral ou ausência de atividade metabólica cerebral ou ausência de perfusão sanguínea cerebral. (BRASIL, 1997).

No exame clínico são realizados testes para avaliar a ausência dos reflexos de tronco cerebral, são eles:

- Ausência de resposta a dor, o paciente apresentará na avaliação da escala neurológica glasgow 3, pois apresentará ausência de resposta aos estímulos dolorosos.

- Reflexo óculo-motor, neste exame haverá ausência da resposta pupilar a luz, as pupilas se apresentarão de forma média ou midriática e fixas, não havendo contração pupilar.

- Reflexo córneo-palpebral, o paciente não apresentará reflexo de piscar ao estímulo da córnea.

- Reflexo óculo-cefálico (reflexo olhos de “boneca”), ausência de movimentos oculares ao se movimentar rapidamente a cabeça do paciente no sentido horizontal e vertical.

- Reflexo óculo-vestibular, ausência de movimento ocular ao ser administrado líquido gelado no conduto auditivo.

- Reflexo de tosse, ausência tosse ou movimentos torácicos à aspiração traqueal ou ausência de náuseas ou vômitos ao estímulo da faringe posterior.

Teste de apnéia, neste teste o paciente deverá apresentar ausência de movimentos respiratórios torácicos ou abdominais.

O exame complementar pode ser realizado de algumas maneiras, tais como, eletroencefalograma (EEG) que detecta a atividade elétrica cerebral, o doppler transcraniano que avalia o fluxo cerebral, arteriografia cerebral que avalia o fluxo após a injeção de contraste nas artérias carótidas e vertebrais e a cintilografia cerebral que demonstra a circulação sanguínea através da injeção de radioisótopo. (MORATO, 2009)

## **2.4 Notificações de Morte Encefálica**

Inicialmente no Brasil, a notificação de potenciais doadores se deu uma forma pouco organizada. Somente na década de 1980, nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, aconteceram as primeiras organizações para notificação e alocação. Até então, a procura por doadores era realizada pelos próprios transplantadores nas unidades de tratamento de pacientes graves. Não havia uma organização voltada especificamente para o doador. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2009)

Segundo o Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) (2015), no último ano, o número total de notificações de potenciais doadores em morte encefálica no Brasil entre janeiro e Dezembro foi de 9.698 ou 47,8 pmp/ano, sendo que no Rio Grande do Sul foram 649 notificações, 57,9mpm/ano. Comparando com o ano de 2014, o ano de 2015 houve uma queda na taxa de notificações e consequentemente na taxa de doação efetiva.

Segundo a resolução do COFEN nº 292/2004, incumbe ao enfermeiro notificar as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos-CNNCDO/OPO a existência de potencial doador. (COFEN, 2004)

O processo de doação e transplantes no Brasil envolve etapas que variam de acordo com o tipo de doador: vivo ou falecido. O processo é respaldado por leis próprias para cada tipo de doador e o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), embasado no modelo espanhol, fundamenta-se na busca por potenciais doadores, e também na criação da central nacional, estadual e regional de transplantes, estas últimas, então, denominadas de Organização de Procura de Órgãos (OPO), que estão diretamente ligadas às CIHDOTs, que se organizam nas unidades hospitalares. (TOLFO, 2015)

A Organização de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO) tem como propósito o papel de coordenar, organizar, em sua atuação e em conformidade com o estabelecido no Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, atividades pertinentes ao processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção do potencial doador, identificação e busca soluções para vulnerabilidades do processo, capacitação para identificação e efetivação da doação de órgãos ou tecidos. (BRASIL, 2009)

A maior parte dos coordenadores de transplantes que trabalham na OPO são enfermeiros. E são eles que realizam a avaliação do potencial doador e quando viável realizam a entrevista familiar quanto à doação. (SANTOS; MASSAROLLO, 2005)

No Rio Grande do Sul as OPOs estão distribuídas da seguinte forma:

OPO 1 - Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

OPO 2 - Hospital São Lucas PUC/RS-Porto Alegre

OPO 3 - Hospital Nossa Senhora Pompéia- Caxias do Sul- em implantação

OPO 4 - Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo

OPO 5 - Hospital Santa Casa de Caridade de Rio Grande

OPO 6 - Hospital Bruno Born - Lajeado

OPO 7 - Instituto de Cardiologia- Porto Alegre- equipe de retirada de órgãos abdominais- em implantação.

As atribuições das OPOs entre outras são: criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes com morte encefálica, nos hospitais de sua área de abrangência, a possibilidade de doação de órgãos e tecidos; promover a articulação com as equipes e assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro dos parâmetros éticos; viabilizar a realização de diagnóstico de morte encefálica, conforme a resolução do Conselho Federal de Medicina; capacitar os profissionais, em sua área geográfica, sobre o acolhimento familiar, morte encefálica e manutenção de doadores nas UTI's e demais aspectos do processo de doação/transplantes de órgãos, tecidos ou outras partes do corpo. (SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2017).

As CIHDOTTs tem atribuições específicas a nível hospitalar, entre elas, a busca ativa por possíveis ou potenciais doadores de órgãos ampliando as chances de obtenção de órgãos para transplantes. (TOLFO, 2015)

### **3 METODOLOGIA**

Foi realizado o estudo transversal, descritivo, quantitativo exploratório e teve por base as informações registradas nos prontuários de pacientes que foram notificados a OPO1(Organização de Procura de Órgãos) pelo Hospital Municipal de Novo Hamburgo e que tiveram o diagnóstico completo de Morte Encefálica no período de 2013 a 2015.

Após a aprovação e autorização do estudo pelo comitê de ética da Universidade do Vale dos Sinos – Unisinos, conforme número do Parecer: 1786851 CAE: 60882216.3.0000.5344, Hospital Municipal de Novo Hamburgo e OPO1 da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, foi obtida a lista dos pacientes com a OPO1 e realizou-se a busca dos dados nos prontuários selecionados no Setor de Serviço de Arquivo Médico do Hospital referido.

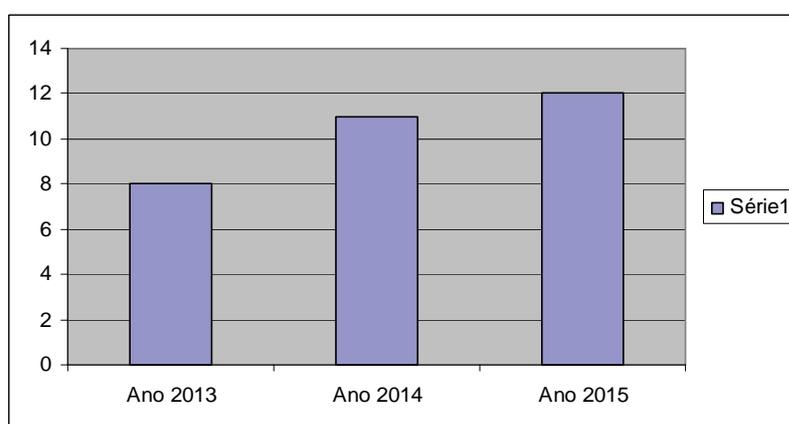
O Hospital Municipal de Novo Hamburgo conta com 266 (duzentos e sessenta e seis) leitos, realizando uma média mensal de 1.000 internações hospitalares. Presta atendimento ininterrupto em urgência e emergência, na sua totalidade pelo Sistema Único de Saúde. O Hospital Municipal está credenciado para atendimentos em procedimentos de Alta Complexidade em Cardiologia, sendo referência para os Municípios de Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, entre outros

e Integra a Rede de Urgência, Rede Cegonha e Organização de Procura de Órgãos – OPO1.

Foram usados como critérios de inclusão todos os prontuários de pacientes notificados a OPO com diagnóstico completo e como critério de exclusão foi utilizado os prontuários com protocolo de morte encefálica incompleto.

Após a coleta de dados, estes foram tabulados em uma planilha do programa MS Excel e analisados individualmente e conjuntamente por meio de estatística descritiva.

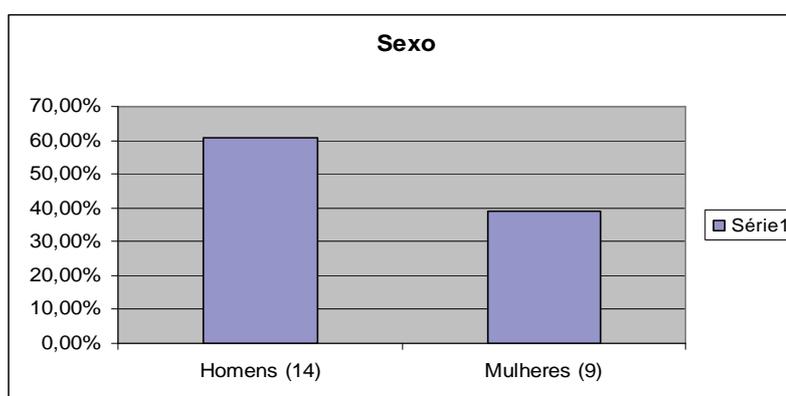
#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO



Os resultados encontrados de 2013 a 2015, foram de 31 notificações sendo que 8 destas ocorreram em 2013, 11 notificações em 2014 e 12 notificações em 2015. Destes 31 prontuários 25,8% (8 prontuários) foram excluídos, destes, 37,5% apresentaram protocolo incompleto e 62,5% dos prontuários não foram encontrados.

Dos 23 prontuários validados para pesquisa, foi analisada a idade, sexo, causas do óbito, tempo entre a internação e o diagnóstico de morte encefálica, comorbidades e tipo de exame complementar.

##### 4.1 Dados Sociodemográficos



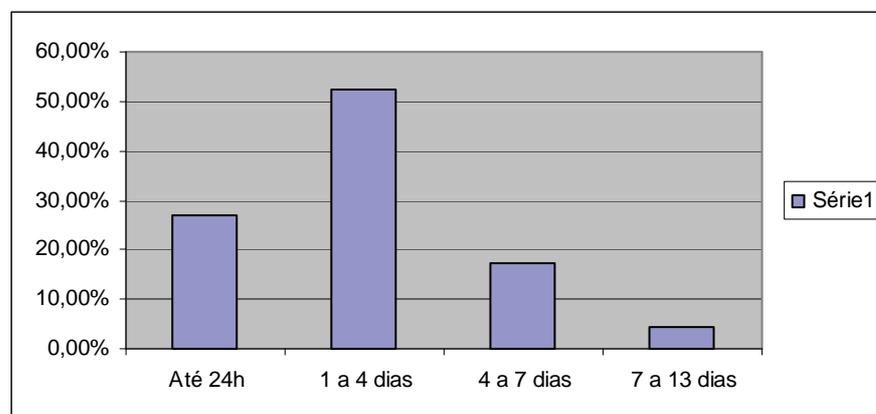
Nesta pesquisa identificamos que a maior parte dos pacientes internados foi do sexo masculino (14) homens 60,9% e apenas 39,1% mulheres (9). A idade dos pacientes teve variação de 18 a 61 anos com idade mediana de 38,9 anos.

Segundo o estudo realizado num hospital de Porto Alegre, evidenciou que o sexo com maior incidência entre os pacientes potenciais doadores era do sexo masculino (63,5%). Quanto à faixa etária o mesmo estudo mostrou maior incidência entre 51 a 79 anos, correspondendo a 48,6%. (DALBEM E CAREGNATO, 2010).

Ainda conforme Dalbem e Caregnato (2010), estudo realizado pelo Ministério da Saúde sobre a mortalidade da população no Brasil nos anos de 2005 e 2006 mostrou prematuridade da mortalidade masculina, apontando como 40% maior o risco do homem morrer do que a mulher.

Os estudos citados confirmam os resultados desta pesquisa, evidenciando o sexo masculino com maior incidência de mortalidade; conseqüentemente, de maior ocorrência para potenciais doadores.

#### 4.2 Tempo entre internação e o diagnóstico de Morte Encefálica

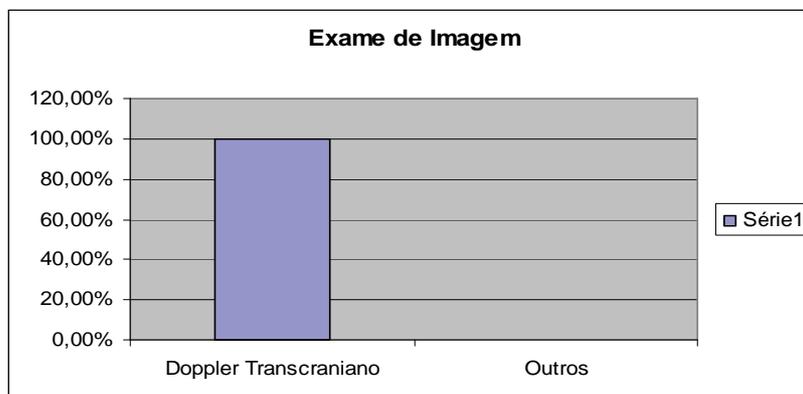


Neste estudo verificou-se que o tempo entre internação e diagnóstico de ME teve variação entre menos de 24 horas a 13 dias. Sendo que até 24 horas foram (26,09%) 1 a 4 dias (52,17%) 4 a 7 dias (17,39%) 7 a 13 dias (4,35%).

Conforme a Resolução do CFM nº. 1.480/97, para realizar o diagnóstico de morte encefálica é necessária à realização de exames clínicos e exame complementar durante intervalos de tempo variáveis, próprios para cada faixa etária. Os resultados obtidos durante o protocolo de ME, devem ser registrados no Termo de Declaração de Morte Encefálica, onde deve constar o registro dos exames

clínicos, que devem ser realizados por profissionais de especialidade médicas diferentes (BRASIL, 1997c).

### 4.3 Exame Complementar



No Brasil é necessária a realização de pelo menos um exame complementar compatível com ausência de perfusão cerebral ou de atividade elétrica cortical ou de metabolismo encefálico. (MAROTO, 2009)

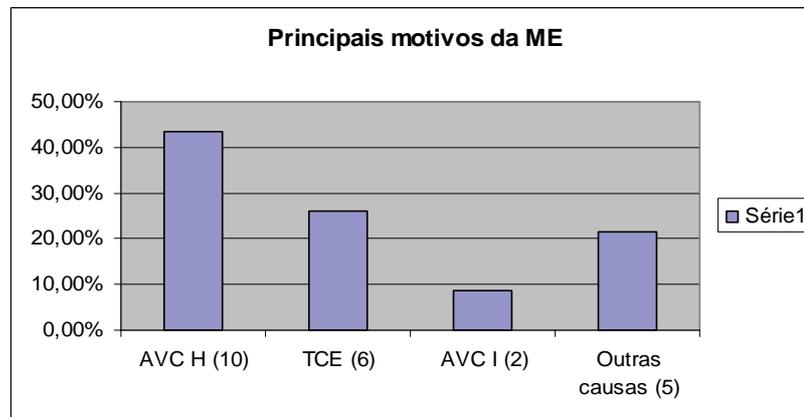
Entre os exames que detectam a ausência da circulação intracraniana encontramos a Angiografia Cerebral, Cintilografia Radioisotópica, Doppler Transcraniano, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma entre outros (GUETTI; MARQUES, 2008).

Quanto ao exame de imagem realizado nesta amostra, evidencio-se que 100% dos protocolos realizaram o Doppler Transcraniano. Exame este que visa verificar o fluxo sanguíneo cerebral e que na sua ausência confirma a morte encefálica.

O Doppler transcraniano (DTC) é considerado ainda um método novo, não invasivo que utiliza a técnica do ultra-som para analisar o fluxo e informações dinâmicas da circulação cerebral. O DTC tem como vantagens a sua portabilidade que viabiliza a realização à beira leito em UTIs, durante cirurgias ou procedimentos sem acarretar a repetição do exame. (ZETOLA, FLUMIGNAN et al, 2006).

Em conformidade com a literatura, podemos corroborar, pois a Instituição que foi realizada o estudo, não dispõe do Eletroencefalograma, DTC, arteriografia ou cintilografia cerebral, sendo o DTC disponibilizado pela OPO1 vindo de Porto Alegre juntamente com o neurologista para a realização do exame complementar, o que confirma sua acessibilidade.

#### 4.4 Causas de Morte Encefálica



Os resultados da pesquisa realizada para causas de ME na maioria dos pacientes foram AVC H(10) = 43,5%; TCE (6) = 26,1%; AVC I (2) = 8,7%; Outras causas (5) = 21,7% .

Os principais motivos da morte entre os potenciais doadores são 32% devido a Traumatismo Crânio Encefálico, 29,8% ao Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico, 23,4% por Ferimento por Arma de Fogo (FAF), 8,5% por causas desconhecidas e 6,3% por outras causas. (DALBEM E CAREGNATO, 2010).

Já Corrente (2011), em estudo realizado sobre perfil de potenciais doadores de órgãos, encontrou-se como principais causas da ME: 36% dos casos por Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (n=18) seguido de 34% por Traumatismo Crânio Encefálico (n=17).

Segundo Pestana, Erdmann e Sousa (2012), o traumatismo cranioencefálico, o acidente vascular encefálico e a lesão cerebral hipóxico-isquêmica são responsáveis por quase 90% das causas da ME.

Das comorbidades, 14 pacientes (60,9%) eram hígidos, 5 ( 21,7%) apresentaram hipertensão arterial sistêmica e destes, 3 ( 60%) tinham outras doenças associadas. Quatro pacientes apresentaram (17,4%) outras doenças prévias como insuficiência cardíaca, diabetes melitus tipo 2, insuficiência renal crônica e síndrome coronariana.

## 5 CONCLUSÃO

O presente estudo proporcionou maiores informações sobre as características do potencial doador de órgãos e tecidos. Desta forma contribuirá para que as equipes possam identificar precocemente o potencial doador e assim prestar cuidados específicos a este, a fim de que ele possa realizar o protocolo de morte encefálica estável hemodinamicamente e efetivar a doação de órgãos e tecidos.

A amostra permitiu verificar que a maior parte dos potenciais doadores era do sexo masculino com idade entre 18 e 61 anos. A ME por Acidente vascular cerebral hemorrágico esteve presente na maioria das causas diagnosticadas, seguida por e traumatismo crânio encefálico, acidente vascular cerebral isquêmico e outras causas. O tempo entre a internação e o diagnóstico de morte encefálica teve variação entre -24horas há 13 dias sendo que a maior parte dos diagnósticos foi realizada entre 1 a 13 dias. Quanto à comorbidades a amostra permitiu identificar que a maioria dos pacientes eram hígidos sem doenças ou tratamentos prévios.

Cabe ressaltar que é importante a equipe conheça as características do potencial doador para que possam ser realizados cuidados específicos transformando o mesmo em doador efetivo aumentando assim a efetivação da doação.

Outro aspecto importante é capacitar e qualificar as equipes para que saibam reconhecer e identificar o paciente potencial doador e otimizar o processo de diagnóstico de morte encefálica, na busca de melhorar a notificação dos potenciais doadores.

Estas estratégias poderão contribuir para a viabilização da CIHDOT no hospital e assim o aumentar as notificações como também as doações e a redução de filas de espera por transplantes.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, 2009, São Paulo. Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da. São Paulo: Abto, 2009. 144 p.

BAIRD S.M, BETHEL S. Manual de enfermagem no cuidado crítico. Intervenções em enfermagem e condutas colaborativas. 6ªEd. Elsevier editora. RJ, 2012.

BRASIL, Lei nº 9434/97, de 8 de agosto de 1997 resolve sobre morte encefálica, Resolução CFM nº 1480/97, Brasília, (1997).

BRASIL. Constituição (2009). Portaria nº 2.601, de 21 de novembro de 2009. Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, O Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos - OPO.

BRASIL. Decreto 2.268/1997 que Regulamenta a Lei nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1997/D2268.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/D2268.htm)> Acesso em: março de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.752 de 23 de setembro de 2005. Aprova o regulamento técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.262, de 16 de junho de 2006. Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

CAPPELLARO, Josiane et al. Intra-Hospital Committee for Donation of Organs and Tissues for Transplant: ethical issues. *Rev Rene*, [s.l.], v. 15, n. 6, p.949-956, 30 dez. 2014. *Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste*. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000600007>.

COFEN. Constituição (2004). Resolução do Cofen nº 292, de 2004. Normatiza A Atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. Rio de Janeiro, 07 jun. 2004.

CORRENTE, P.E.K. **Perfil de potenciais doadores de órgãos e tecidos no contexto da terapia intensiva**. 2011,69.p. Monografia (Graduação)-Universidade Feevale-Novo Hamburgo-RS, 2011.

DALBEM, G. G.; CAREGNATO, R. C. A. Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante: recusa das famílias. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, SC, v.19, n.4, p. 728-735, Out-Dez. 2010.

Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido – AMIB.

Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo. Disponível em:<<http://www.fsnh.net.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=114>> 15 de Março de 2017, 22:30

FREIRE, Sarah Gabriel et al. Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p.761-766, dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452012000400017&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452012000400017&lang=pt)>. Acesso em: 13 maio 2016.

GUETTI, N. R.; MARQUES, I. R. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 61, n. 1, p. 91-7, Jan-Fev. 2008.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL.  
Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/lista/133/OPOs%3A\\_o\\_que\\_s%C3%A3o\\_e\\_ounde\\_atuam](http://www.saude.rs.gov.br/lista/133/OPOs%3A_o_que_s%C3%A3o_e_ounde_atuam)  
15 de Março de 2017, .17h50min.

MAROTO, E. G. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e utilização. Rev Med, Minas Gerais, v. 19, n. 3, p. 227-236. 2009.

MORAIS M, SILVA RCM, RAMALHO HJ, SILVA RF, ABBUD-Filho M. As Organizações de Procura de Órgãos (OPOs) são efetivas? Análise de sete anos de atividade de uma OPO Brasileira. Arq Ciências Saúde. 2004; 11(4): 225-9.

MORATO EG. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. Rev Med Minas Gerais. 2009; 19(3): 227-36.

PESTANA AL, ERDMANN AL, SOUSA FGM. Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica<sup>a</sup>. Esc. Anna Nery. 2012;16(4):734-740

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2015, São Paulo. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2008-2015). São Paulo: Abto, 2015. 100 p.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2015, São Paulo. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2006-2013). São Paulo: Abto, 2013. 79 p.

\_\_\_\_\_. Resolução Conselho Federal de Medicina. Nº. 1.480/97. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm)> Acesso em: março de 2017

SALLUM, Ana Maria Calil; ROSSATO, Lisabelle Mariano; SILVA, Sílvia Fürbringer. Morte encefálica em criança: subsídios para a prática clínica. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 mai-jun; 64(3): 600-4.

SANTOS MJ, MASSAROLLO MCKB. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. Rev Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):382-7.

SOUZA, Bruna Soares de Jesus; LIRA, Gerlene Grudka; MOLA, Rachel. Inglês. Rev Rene, [s.l.], v. 16, n. 2, p.194-200, 28 maio 2015. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000200008>.

TOLFO, Fernando. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante: Papel do Enfermeiro. 2015. 161 f. Tese (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.

VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira.; WHITAKER, Iveth Yamaguchi., et al. Enfermagem em Terapia Intensiva Práticas e Vivências. São Paulo. Artmed, 2011

. ZETOLA, Viviane Flumignan et al . Doppler transcraniano na prática neurológica. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo , v. 64, n. 1, p. 100-103, Mar. 2006