



CENTRO UNIVERSITÁRIO “PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES”

DÉBORA RODRIGUES DE CARVALHO

**AS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA COMO PORTA DE ENTRADA
PARA POSSÍVEIS DOADORES DE ÓRGÃOS**

SÃO JOÃO DEL REI
2018

DÉBORA RODRIGUES DE CARVALHO

**AS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA COMO PORTA DE ENTRADA
PARA POSSÍVEIS DOADORES DE ÓRGÃOS**

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação do Prof. Gilberto Souza.

SÃO JOÃO DEL REI
2018

AS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA COMO PORTA DE ENTRADA PARA POSSÍVEIS DOADORES DE ÓRGÃOS

CARVALHO, Débora Rodrigues de¹

RESUMO

As unidades de urgência e emergência, são de fundamental importância para a manutenção da vida, pois representa a primeira opção para os casos de acidentes de causas externas, tendo o TCE como uma das principais consequências, assim evoluindo para Morte Encefálica, que é completa e irreversível parada de todas as funções do cérebro. Após ser diagnosticada, começa-se o projeto para torna-lo um possível doador de órgãos, para que isso ocorra é primordial a autorização da família. A doação de órgãos é um ato pelo qual manifesta-se a vontade de ajudar e salvar outras pessoas. A doação pode ser de órgãos (rim, fígado, coração, pâncreas e pulmão) ou de tecidos, (córnea, pele, ossos, válvula cardíacas, cartilagem, medula óssea e sangue do cordão umbilical). Contudo, qual a importância das unidades de urgência e emergência, na identificação de possíveis doadores de órgãos e tecidos para transplante.

A metodologia utilizada foi o estudo e a revisão bibliográfica explorativa, através de leitura de livros, artigos, revistas, legislações e manuais publicados nos últimos anos.

PALAVRAS CHAVES: Emergências. Enfermeiros. Morte encefálica. Doação de Órgãos e Tecidos. Legislação.

1 INTRODUÇÃO

Os setores de urgência e emergência atendem pacientes graves ou potencialmente graves, que necessitam de atendimento especializado, recursos tecnológicos e humanos, preparados para o seu atendimento e recuperação¹.

O atendimento nesta seção tem aumentado consideravelmente, em consequência dos “acidentes” de trânsito, doenças variadas, mas principalmente, cardiovasculares e violência. A maioria dessas vítimas sofre TCE e evolui para morte encefálica, o que caracteriza indivíduo como um potencial doador de órgãos².

Esse diagnóstico é realizado em duas etapas: diagnóstico clínico e os exames complementares, realizados por dois médicos, que não façam parte da equipe de transplante. Após a confirmação, cabe ao enfermeiro, realizar a entrevista familiar, esclarecendo de forma moral, ética e legal o processo de captação e distribuição dos órgãos e tecidos³.

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves - UNIPTAN.

Este estudo foi esboçado a partir de revisão bibliográfica com objetivo exploratório, descrevendo sobre a importância das unidades de urgência e emergência, na identificação de possíveis doadores de órgãos e tecidos. Todas as fontes encontradas foram publicadas entre 2013 a 2017. A coleta de dados se constituiu em exploração de artigos por meio eletrônico e sites especializados, como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Bases de Dados Lilacs, MEDLINE, Associação Brasileira De Transplante De Órgãos (ABTO), Ministério da Saúde, Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Conselho Federal de Medicina (CFM). Os dados foram examinados de acordo com os assuntos, textos e interpretações advindas deles, relacionando opiniões, de forma vasta, e analisando ideias, esclarecimentos e conhecimentos a respeito de cada subtema.

Diante do exposto, objetivou-se com este estudo destacar o papel das unidades de urgência e emergência no processo de identificação de possíveis doadores de órgãos e tecidos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 AS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA COMO PORTA DE ENTRADA PARA POSSÍVEIS DOADORES DE ÓRGÃOS

As urgências e emergências se fazem presentes na necessidade de adotar medidas que garantam a assistência pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar. Os serviços de atendimento pré-hospitalar (APH) envolvem toda e qualquer assistência realizada fora do âmbito hospitalar, e consistem desde um simples conselho ou orientação médica, até o envio de uma ambulância no local da ocorrência, onde houver pessoas traumatizadas⁴.

A triagem primária mais utilizada no APH é o Método START (*Simple Triage And Rapid Treatment*), ou seja, triagem simples e tratamento rápido. Essa ferramenta baseia-se na resposta fisiológica do indivíduo, como: nível de consciência, circulação, avaliação da respiração e capacidade de andar. Utilizando esses critérios, as vítimas são divididas em quatro primazia de atendimento, representados pelas cores preto-cinza, verde, amarela e vermelha, conforme o Ministério da saúde (MS)⁵.

Disposto a dar manutenção à vida e à redução de sequelas, o governo também instaurou, a Portaria nº. 1.864/2003, que instituiu o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192) em municípios e regiões de todo o território brasileiro⁴.

As unidades de urgência são consideradas portas de entrada ao sistema de saúde, pois a população busca por esses serviços, no intuito de solucionar problemas de saúde de menor complexidade, mas que necessita de atenção e prestação de serviço de qualidade, como deveria ser feito consoante à Portaria nº. 354/2014 que, regulamenta as “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência”, a fim de se obter a qualidade necessária para um bom funcionamento dos serviços de urgência e emergência^{6,7}.

Os termos urgência e emergência são muitas das vezes confundidos pelos responsáveis da área da saúde e pelos usuários. Emergência é toda situação em que há ameaça eminente a vida, ou seja, é uma situação crítica, com ocorrência de grande perigo, como nos casos de hemorragias, PCR e parada cardíaca. Já a urgência requer assistência rápida, no menor tempo possível, como luxações, fraturas e torções. Todavia a assistência de urgência e emergência se caracterizam pela necessidade de atendimento em um curtíssimo espaço de tempo^{8,9}.

As unidades de urgência e emergência brasileiras são conhecidas pela superlotação devido à grande demanda, insatisfação dos pacientes e dos profissionais, pois estes buscam proporcionar um serviço digno e aqueles, receber um atendimento de qualidade¹.

Devido aos aborrecimento causados pelos atendimentos nas emergências hospitalares, houve a criação da Política Nacional de Urgência e Emergência (PNAU) em 2003, com a intenção de estruturar, organizar e reduzir as várias assistências, e servir como interface entre a atenção básica, a média e a alta complexidade nas redes de urgência e emergência no país. Na aliança entre vários dirigentes, como o governo federal e a Rede Brasileira de Saúde (CONASS), houve então a criação da Coordenação Geral de Urgência e Emergência (CGUE), na qual contribuiu para a implantação da PNAU^{4,10}.

Com o propósito de atender a alta demanda de usuários, o QualiSUS e a PNH, efetivaram a implantação da triagem classificatória, ou seja, o Protocolo de Manchester, com o objetivo de classificar os atendimentos, não mais por ordem de chegada e sim, de acordo com a gravidade, diminuindo o congestionamento e organizando o fluxo de atendimento, com a finalidade de melhorar os serviços prestados e a satisfação dos usuários^{7,4}.

A demanda de atendimento nas áreas de urgência e emergência tem aumentado de maneira expressiva em toda sociedade brasileira, e no mundo ao qual vem sendo pesquisado por vários países, em virtude de sua repercussão na atenção à saúde e nos indicadores de morbimortalidade¹⁰.

Para solucionar os principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência, é necessário organizar uma rede resolutive, considerando o perfil demográfico e

epidemiológico brasileiro, no qual aponta uma alta morbimortalidade, referente aos acidentes de trânsito, a violência e de doenças cardiovasculares (DCV), segundo dados do Ministério da saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde (MS/SVS)¹¹.

Os acidentes e a violência são as principais causas externas de mortalidade na sociedade atual. Caracterizando um grande desafio para o setor de saúde, pois a maioria das vítimas são homens jovens entre 20 e 30 anos, que sofreram Trauma Crânio Encefálico (TCE) e evoluem para morte encefálica, apesar da intervenção cirúrgica ou continuam sofrendo com sequelas temporárias ora permanentes, sendo também responsável pela morte, em média de 100.000 por ano, no Brasil^{12,13,14}.

O Trauma Crânio Encefálico grave é aquele em que o paciente apresenta ECG entre 3 e 8, nesses casos a abordagem terapêutica deve ser imediata, dando ênfase aos cuidados hemodinâmicos e suporte ventilatório adequado, pois pacientes com ECG de 3 são considerados potenciais doadores, pois se encontram em morte encefálica, enquanto há sinais vitais e estabilidade hemodinâmica presentes¹⁴.

O enfermeiro emergencialista e sua equipe são imprescindíveis para uma melhor assistência ao paciente em ME, por isso deve ser qualificada e preparada, tanto na dimensão humanística quanto, técnico-científica, para assim identificar e preparar o potencial doador em doador efetivo^{15,16}.

A Resolução nº. 292 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) normatiza as atividades do profissional de enfermagem nos procedimentos de captação de órgãos e tecidos humanos para transplante. Com isso, nota-se a importância deste profissional como elemento responsável por executar, coordenar e notificar os órgãos governamentais, para a redistribuição dos órgãos e tecidos captados, além de acompanhar as condições vitais do potencial doador e dar suporte aos familiares¹⁷.

Neste setor atuam diversos profissionais, dos quais se destaca o enfermeiro que é o responsável por coordenar a equipe de enfermagem, visando cuidado direto ao potencial doador, tendo grande importância na gestão das repercussões fisiopatológicas próprias da Morte Encefálica (ME), na manutenção hemodinâmica e na prestação de cuidados ao usuário. Afinal o sucesso do transplante está diretamente relacionado à assistência ideal do potencial doador¹⁸.

O conhecimento do procedimento da doação de órgãos e a execução adequada de sua etapas possibilitam a aquisição de órgãos e tecidos, visto que o profissional fica mais confortável e seguro na realização das tarefas relacionadas à doação. Por outro lado, a

insegurança e despreparo podem influenciar o processo, pois geram desconfiança e questionamentos por parte dos familiares que, podem recusar a doação¹⁵.

2.2 TÉCNICAS E PRÁTICAS PARA A DEFINIÇÃO DOS POSSÍVEIS DOADORES

A morte encefálica é entendida pela parada total e irreversível das funções encefálicas de causa conhecida e constatada de modo indiscutível, caracterizada por coma a perceptivo, com ausência de resposta motora supra-espinhal e apneia¹⁹.

Em 1959, foi realizada a primeira compreensão sobre morte encefálica, por neurologistas franceses. Nos EUA, após vários estudos, em 1981, ficou definida como parada total e irreversível dos batimentos cardíacos e da função respiratória, além da ausência de atividade encefálica, que conseqüentemente, causa a falência total do organismo²⁰.

O primeiro protocolo de morte encefálica, no Brasil, foi aprovada em 1987 com a Resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM 1480/97, onde foi aprimorada aos novos critérios para determinação da morte encefálica e adequada as novas informações técnico – científicos, assim sendo testados para sua comprovação²¹.

A abertura do protocolo de morte encefálica é cautelosa, devendo ser respeitados todos os processos de confirmação do quadro para que não haja incerteza em relação à confirmação do diagnóstico. Os principais motivos de morte encefálica são: traumatismo crânio-encefálico, encefalopatia anóxica, AVC isquêmico e hemorrágico e tumor cerebral²².

O processo de doação de órgãos fica a cargo de profissionais qualificados e equipes de saúde específicas, atuando em todo o processo, além de aperfeiçoar e realizar todo o protocolo exigido, pela legislação, de maneira integral e eficaz, assim proporcionando mais segurança para o paciente e equipe²³.

Para se obter um diagnóstico de morte encefálica, deverá efetuar um exame físico incontestável, rastreando os sinais do referido teste, como: pupilas paralíticas, ausência de reflexo corneopalpebral, inexistência de reflexos oculo-vestibulares, arreatividade supra espinhal, apneia e ausência de reflexos dos demais nervos intracranianos, inseridos no tronco encefálico e fora dele. Para que isso ocorra de forma fidedigna, é imprescindível que o enfermeiro e o profissional responsável possuam conhecimento científico e que seja um participante de educação na saúde²⁴.

Após o reconhecimento de morte encefálica, com o fechamento do protocolo específico, esse cadáver se torna um potencial doador, podendo ou não ser efetivado o processo

através de uma série de critérios, que visa não mais a proteção cerebral e sim os cuidados aos órgãos e tecidos ^{25,23}.

Depois de confirmada e documentada a morte encefálica, a comunicação aos responsáveis e à Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOH), são fundamentais para a realização dos procedimentos cabíveis²².

Os diagnósticos de ME, são identificados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou em serviços de emergência. Após a constatação e descartadas as contra-indicações que representam riscos para o receptor, o paciente é considerado potencial doador de órgãos².

Caso o paciente seja um potencial doador, a equipe da CIHDOH deverá entrevistar a família quanto à chance de doação. Se a doação for aprovada, o suporte ao potencial doador deve ser mantido até o momento da captação. Em caso de contraindicação ou negativa familiar, o suporte avançado de vida deve ser suspenso, conforme Resolução CFM nº. 1826/2007²⁶.

A Resolução nº. 2173/17 entrou em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº. 1480/97. De acordo com a nova Resolução é obrigatória, a execução de dois exames clínicos que confirmem o coma não perceptivo e ausência de função do tronco encefálico; teste de apneia que confirme ausência de movimentos respiratórios após estimulação máxima dos centros respiratórios e exame complementar que comprove ausência de atividades encefálicas^{19,21}.

O exame clínico deve demonstrar de forma inequívoca a existência de ausência dos reflexos fotomotor, oculocefálico, córneo-palpebral, vestibulo-calórico e de tosse. São realizados dois exames clínicos, cada um com um médico diferente. Um dos médicos deverá ser especialista em uma das seguintes especialidades: medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, neurologia, neurocirurgia ou medicina de emergência. Na ausência de um desses especialistas, o procedimento deverá ser concluído por outro médico capacitado¹⁹.

O teste de apneia deverá ser realizado por um dos médicos do exame clínico uma única vez, o que deverá comprovar ausência de movimentos respiratórios na presença de hipercapnia. O exame complementar deve comprovar uma das condições: ausência de perfusão sanguínea encefálica, inexistência de atividade metabólica encefálica ou ausência de atividade elétrica encefálica²².

Após a realização dos exames, os médicos responsáveis por estes, não poderão participar da equipe de remoção e transplante, conforme a Lei nº. 9434/97 e no Código de Ética Médica. Cabe ao médico assistente esclarecer aos familiares do paciente sobre o processo de

diagnóstico de ME e os resultados de cada etapa, registrando no prontuário do paciente essas comunicações^{27,28}.

De acordo com a Lei n.º. 9.434/97, a disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou *post mortem*, para fins de transplante e tratamento, é permitida na forma desta lei. Conforme o Decreto n.º. 9175/2017, para se tornar um possível doador é imprescindível a autorização livre e esclarecida dos familiares ou responsáveis legais do falecido, firmados em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte^{27,29}.

Vários fatores são apontados como causa da não efetivação da doação, como: tratamento recebido durante a internação, desconhecimento do desejo do doador, informações médicas, nível cultural da família, falta de preparo do entrevistador ou sem perfil para tal, tempo para retirada, IML, entre outros. Estima-se que a reunião familiar para consentimento da doação é uma das principais causas da não consumação da doação²⁹.

É importante ressaltar que os enfermeiros e assistentes sociais têm maior proximidade com a família durante a internação, sendo, na maior parte das vezes, os responsáveis pela entrevista familiar para consentimento da doação. A entrevista familiar deve ocorrer após o anúncio do óbito a família, na qual tem por objetivo conceder todas as informações e suporte necessário para a tomada de decisão da família com relação à doação³².

Desta forma é possível estabelecer um vínculo entre a equipe e a família, que se encontra fragilizada, visto que na maioria das vezes essa morte ocorre de forma trágica e imprevisível. Assim necessitando de cuidado e atenção por parte da equipe de saúde²³.

O entrevistador deve estar devidamente qualificado, ser discreto, usar uma linguagem clara, estar seguro e dominar o processo de doação. Deverá ocorrer em ambiente tranquilo, não limitar o número de familiares, estar disponível a todas às dúvidas e questionamentos, respeitar os momentos de luto e certifica-se, que os familiares compreenderam todo o processo. Após a decisão da família, respeitar e aceitar, independentemente da decisão³².

2.3 CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

O transplante de órgãos é um procedimento cirúrgico, que consiste na remoção ou extração de órgãos, tecidos e outras partes do corpo de um doador vivo ou não, cuja família autorizou a remoção e o aproveitamento de órgãos e tecidos, e sua implantação no corpo do

receptor compatível, com objetivos terapêuticos, a fim de melhorar a qualidade de vida, de pessoas de todas as idades, que apresentam doenças crônicas irreversíveis e em estágio final³³.

Para que o transplante obtenha resultados satisfatórios é necessário um processo dinâmico, realizado através de etapas. Primeiramente, critérios de exclusão, como histórias de tuberculose, sepse ativa, tumores malignos, infecção por HIV, hepatite viral, encefalite viral (inflamação e infecção cerebral), Síndrome de Guillain Barré (doença autoimune, que ocorre quando o sistema imunológico do corpo ataca por engano, parte do próprio sistema nervoso) e uso de narcóticos³.

Os critérios para seleção do potencial doador (PD) vivo ou falecido consistem em: a) PD falecido: doador com coração parado recente, do qual é viável a retirada de órgãos e tecidos; b) doador com coração parado tardio, até 6 horas, o qual pode ser doador apenas de tecidos; e c) doador diagnosticado com ME ²⁵.

Alguns fatores que podem interferir na captação e doação de órgãos são: a negligência com a notificação, o reconhecimento do paciente e os cuidados prestado a ele, os exames complementares, os problemas logísticos e, principalmente, a recusa dos familiares devido ao pouco esclarecimento quanto ao diagnóstico ME. A entrevista inadequada e a dificuldade de comunicação com a equipe, são os grandes responsáveis por esta não aceitação da família, já que, estes profissionais trabalham de maneira mais direta e próxima as famílias e pacientes, assim tendo grande importância em suas decisões³.

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) no Brasil é o responsável por todos os atos pertinentes ao processo de doação de órgãos, tecidos e partes do corpo, bem como todo seu comando, sendo ele é coordenado pelo Ministério da Saúde (MS), pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal ou órgãos semelhantes, pelas Secretarias de Saúde dos municípios ou órgãos equivalentes, pelos estabelecimentos hospitalares autorizados e a rede de serviços auxiliares necessários à realização de transplantes²⁰.

Também está presente em 25 estados do país, por meio das Centrais Estaduais de Transplante, mais de 1300 equipes médicas e cerca de 550 instituições de saúde autorizadas a realizar o processo. Os doadores não vivos em Morte Encefálica (ME) podem doar coração, pulmões, rins, córneas, fígado, pâncreas, ossos, tendões, veias e intestino. Já os vivos podem doar medula óssea, parte do fígado, um dos rins e do pulmão²⁰.

A primeira legislação para transplantes foi publicada 1968, com a Lei nº. 5.479.15, que dispõe a remoção e transplante de órgãos, tecidos e outras partes do corpo de cadáveres

com a finalidade científica e terapêutica, porém sem nenhuma jurisprudência que regulamentasse a realização desses procedimentos^{2,34}.

Esta lei, sofreu algumas alterações em seus artigos, que descrevia a doação presumida, na qual se considerava “doador”, todas as pessoas, que não tivessem em seus documentos de identidade a expressão, “não doador de órgãos”²⁴.

Sendo assim difundida em 1997 a Lei nº. 9.434.16 mais tarde foi substituída pela Lei nº. 10.211 que regulamenta e normatiza o processo de captação e doação de órgãos. Juntamente com a Lei nº. 9.434, surgiu o Decreto nº. 2268, que contém a criação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), iniciando os termos legais, os direitos e as garantias dos usuários e toda a normatização da rede assistencial em acordo com as Leis nº. 8.080 e nº. 8.142 de 1990, que regem o SUS^{35,36,37}. Instituiu assim as diretrizes para a Política Nacional de Transplantes de Tecidos, Órgãos e partes do Corpo Humano, sob a responsabilidade do Conselho Federal de Medicina (CFM)³⁵.

Para exercer as atividades pertinentes às unidades federadas, foram criadas a Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO) em cada Unidade Federal (UF) e vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde. A Central Nacional de Transplantes (CNT) executa a articulação com as CNCDO, suas regionais, e com os demais integrantes do Sistema Nacional de Transplantes para a distribuição de órgãos e tecidos entre os estados, em conformidade com a lista nacional de receptores e legislação vigente. Isso garante um melhor aproveitamento e a equidade na sua destinação, também otimizando as condições técnicas e operacionais de transporte e distribuição²⁰.

No Brasil, conforme Portaria nº. 2.600/2.009, qualquer hospital filantrópico, privado ou público deverá ter uma Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). Esta comissão tem o objetivo de potencializar o processo de captação de órgãos no nível hospitalar, acionar as equipes de Terapia Intensiva (UTI) e emergências para identificação dos potenciais doadores, assegurar sua manutenção e direcionar e participar da entrevista com os familiares do potencial doador (PD). A comissão é composta de no mínimo três membros, onde um deles deve ser o enfermeiro ou o médico, sendo o coordenador^{39,38,40}.

Também existem as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), que são regionalizadas em polos administrativos, devendo fornecer o suporte necessário para a realização de todo o processo, desde o diagnóstico de ME, a retirada do órgão

e seu transporte, devendo ser sempre informada, através da notificação compulsória a identificação do PD^{41,38}.

Contudo, nota-se a importância da equipe transplantadora, formada pelo enfermeiro e outros profissionais capacitados na realização deste procedimento, no qual são acolhidos pela Resolução COFEN nº. 292/2004, que visa, a regulamentação do exercício profissional do enfermeiro atuante no desenvolvimento de doação e transplante de órgãos e tecidos, disciplinando funções essenciais, como planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados aos doadores de órgãos^{18,17}.

Algumas das atividades prestadas pela equipe consistem na notificação das Centrais de Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO) da existência de potenciais doadores, entrevistas com o responsável legal do doador e fornecimento das informações sobre o processo, aplicando a Sistematização da Assistência de Enfermagem, regulamentada na Resolução COFEN nº. 358/2009, que permite detectar as prioridades de cada paciente quanto às suas necessidades, fornecendo assim uma direção para as possíveis intervenções. Igualmente caracteriza-se pela interação e dinamismo das seguintes fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem²⁴.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste trabalho se faz notória a importância das unidades de urgência e emergência, como local de prestação de serviços à população e de identificador de possíveis doadores de órgãos e tecidos para transplante.

O profissional enfermeiro atuante neste setor tem como papel prestar cuidados assistenciais e especializados visando à proteção, promoção e reabilitação da saúde dos seus pacientes, além de ter um papel significativo na identificação de possíveis doadores de órgãos, proporcionando apoio psicológico aos familiares, sempre baseado em preceitos éticos e legais.

REFERÊNCIAS

1. Simões CG, Urbanetto JS, Figueiredo AEPL. Ação interdisciplinar em serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa. *Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre*, 2013; mai./ago; 6(2):127-134.
2. Silva HB, Silva KF, Diaz CMG. A enfermagem intensivista frente à doação de órgãos: Revisão Integrativa. *Rev. Fund. Care Online*; 2017; jul/set; 9(3):882-887.
3. Costa CR, Costa LP, Aguiar N. A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. *Rev. Bioét.*; 2016; 24(2): 368-73.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU - 192.
5. Intriери ACU, Filho HB, Sabino MRLS, Ismail M, Ramos TB, Invenção A, *et al.* O enfermeiro no APH e o método START: uma abordagem de autonomia e excelência. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, 2017; jan./mar.; 14(34).
6. Ministério da Saúde. Portaria n. 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html
7. Silva MFN, Oliveira GN, Pergola MAM, Marconato RS, Bargas EB, Araujo IEM. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, mar.-abr.; 2014; 22(2):218-25. Disponível em:
www.eerp.usp.br/rlae
8. Moura LC, Roza BA, Neto, JMN, *et al.* Manual do núcleo de captação de órgãos: iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: CIHDOTT. Barueri, SP: Minha Editora, 2014.
9. Rocha ECA. Atuação da enfermagem em urgências e emergências. 2012. Disponível em:
<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.41069&seo=1>
10. Konder MT, Dwyer GO. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2015; 25(2): 525-45.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.
12. Viégas MLC, Pereira ELR, Targino AA, Furtado VG, Rodrigues DB. Traumatismo cranioencefálico em um hospital de referência no Estado do Pará, Brasil: prevalência das vítimas quanto a gênero, faixa etária, mecanismos de trauma, e óbito. *Arq. Bras. Neurocir.* 2013; 32(1): 15-8. Hospital Metropolitano de Urgência E Emergência (HMUE), Ananindeua, PA, Brasil.

13. Mascarenhas MDM, Barros MBA. Caracterização das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde, Brasil, 2011. *Rev. Bras. Epidemiol.*; 2015; out./dez.; 18(4): 771-84.
14. Moll AVS. Perfil do atendimento dos pacientes com traumatismo cranioencefálico nos hospitais de urgência e emergência sob a gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) Modalidade Profissional em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro; 2015.
15. Lima CSP, Batista ACO, Barbosa SFF. Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2013; jul./set.; 15(3):780-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.17497>
16. Moraes EL, Santos MJ, Merighi MAB, Massarollo MCKB. Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, mar.-abr. 2014; 22(2):226-33. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae
17. Brasil. Resolução COFEN nº. 292/2004. Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. Conselho Federal de Enfermagem 02 mai 2004.
18. Farias IP, Almeida TG, Pereira CIC, Vasconcelos EL. Construção de protocolo assistencial de enfermagem para o potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Rev. Enferm. UFPE online*. Recife, ago. 2017; 11(Supl. 8):3317-20.
19. BRASIL. Resolução CFM nº. 2.173/2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. 15 dez. 2017. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>
20. Ferreira MCP, Resende MA, Souza G, Soares PTS, Silva DM, Rodrigues PL. Doação de órgãos após a morte encefálica: a importância da enfermagem como disseminadora de informações à população. *REAS - Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2018; v. sup.11, S1037-S1044.
21. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1.480. Dispõe sobre a caracterização de morte encefálica. Brasília: 8 ago 1997. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1480_1997.htm
22. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos - ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes. Principais causas de morte encefálica [Internet]. São Paulo: ABTO; 2018. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=477&c=918&s=0&friendly=doaca#abto4>
23. Cavalcante LP, Ramos IC, Araújo MÂM, Alves MDS, Braga VAB. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *Acta Paul. Enferm.* 2014; 27(6):567-72.
24. Andrade DC, Silva SOP, Lima CB. Doação de órgãos: uma abordagem sobre a Responsabilidade do enfermeiro. João Pessoa; *Temas em Saúde*, 2016; 16(4).

25. Aguiar, MIF, Araújo TOM, Cavalcante MMS, Chaves ESC, Rolim ILTP. Perfil de doadores efetivos de órgãos e tecidos no Estado do Ceará. REME – Rev. Min. Enferm.; jul./set.2010; 14(3): 353-60. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/126>
26. Brasil. Resolução CFM nº. 1.826/2007. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador. 06 dez. 2007. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1826_2007.htm
27. Brasil. Presidência da República. Lei nº. 9.434. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. 4 fev.1997.
- 28 Brasil. Resolução CFM nº. 1.931. Código de Ética Médica, de 17 de setembro de 2009. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>
29. Brasil. Presidência da República. Decreto nº. 9.175, de 18 de outubro de 2017. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Seção II. Art. 20. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9175.htm
30. Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Paraná. Manual de Transplantes. Central Estadual de Transplantes do Paraná. Entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos. 3ed.; 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/FORMULARIOSNOVOSARLENE/Manualcihdott.doc>
31. Fernandes MEN, Bittencourt ZZLC, Boin IFSF. Vivenciando a doação de órgãos: sentimentos de familiares pós consentimento. Rev. Latino-Am. Enfermagem set./out. 2015; 23(5):895-901. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae
- 32 Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Paraná. Manual para notificação, diagnóstico de morte encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos. 2ª ed.; Curitiba: 2016. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ap_protocolo_morte16FINAL.pdf
- 33 Quaglio WH, Bueno WMV, Almeida EC. Dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes Transplantados: revisão integrativa da literatura. Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama; jan./abr. 2017; 21(1):53-8.
34. Brasil. Lei nº. 5.479/1968. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências. Revoga a Lei nº. 4.280, de 6 de novembro de 1963.
35. Silva MT, Lubenow, JAM, Macêdo DAF, Virgínio NA. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos: revisão integrativa da literatura. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança; abr. 2016;14(1):37-46.
36. Brasil. Lei nº. 10.211/2001. Altera dispositivos da Lei nº. 9.434, de 23 de março de 2001.

37. Brasil. Decreto nº. 2.268. Regulamenta a Lei nº. 9.434, cria o SNT e dá outras providências, de 30 de junho de 1997.
38. Brasil. Portaria nº. 2.600. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2009.
39. Becker S, Silva RCC, Ferreira AGN, Rios NRF, Ávila AR. A enfermagem na manutenção das funções fisiológicas do potencial doador, SANARE, Sobral, jan./jun 2014; 13(1):69-75.
40. Brasil. Portaria GM/MS nº. 1752/2005. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Ministério da Saúde, 23 de setembro de 2005.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos. Portal da Saúde. Brasília- DF, 17 de dezembro de 2015.