

A LIDERANÇA COACHING EXERCIDA POR ENFERMEIROS DURANTE REALIZAÇÃO DE PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA E MANUTENÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS

Ingryd Acyres Pesse Prado*; Silvia Cristina Fürbringer e Silva**; Andréia Salvador**;
Andréia Braz**; Ricardo Cabeça**; Abdias Fernando Sales**.

**Aluna do curso de Enfermagem da Faculdade de Peruíbe*

***Docentes da Faculdade de Peruíbe*

RESUMO

O processo assistencial do potencial doador se inicia já com a suspeita de Morte Encefálica (ME), envolvendo uma equipe multidisciplinar, e requerendo, participação ativa de um enfermeiro (a) que esteja munido de conhecimento técnico científico, fisiopatológico e gerencial, como também de humanização durante todo o processo, visto que todas as alterações fisiológicas transformam o paciente em ME num indivíduo único, com peculiaridades e complexidades, que requerem um cuidado intensivo. **Objetivo:** Proposição da liderança coaching pelo enfermeiro durante realização de protocolo de morte encefálica e manutenção de potencial doador de órgãos. **Metodologia:** Tratou-se de estudo descritivo do tipo seccional, realizado em base de dados do RBT- Registro Brasileiro de Transplantes, dados de Janeiro/2019 até Setembro/2019, sujeitos a alteração. A população de estudo constituiu-se de todos os casos de potenciais doadores, doadores efetivos e doadores cujos órgãos foram transplantados, notificados e investigados no período aprazado. **Resultados:** Segundo dados publicados, pelo Registro Brasileiro de Transplante (RBT), de janeiro a setembro de 2019. Foram realizadas 8.464 notificações de morte encefálica em todo o território brasileiro com 4.994 entrevistas, sendo que, destas 1.981 se recusaram a dar autorização para captação de órgãos, isto é 40% dos potenciais doadores; por contraindicação médica foram 1.236 pacientes desconsiderados, por parada cardíaca mais 704 e por morte encefálica não confirmada 651. **Conclusão:** A utilização da liderança coaching pelo enfermeiro durante realização de protocolo de morte encefálica e manutenção de potencial doador de órgãos, permite aos enfermeiros e toda a equipe envolvida na assistência, realizar seu trabalho de forma mais humanizada e qualificada.

Palavras-chave: Protocolo de morte encefálica. Enfermagem liderança. Doação de órgãos e tecidos. Liderança Coaching.

1 INTRODUÇÃO

A morte encefálica (ME) ocorre em detrimento de complicações de uma lesão neurológica grave, que leva à inatividade das funções cerebrais. Podendo, por intermédio de exames complementares ser constatado indubitavelmente, perda intratável e irreversível das atividades neurológicas no tronco e córtex cerebral, caracterizada por coma aperceptivo, com ausência de resposta motora supra-espinhal e apneia (Paraná, 2016).

As estruturas cerebrais, supracitadas exercem importantes funções, tais como, o controle pressórico, hormonal e respiratório. Portanto, quando existe perda permanente e irreversível destas, inicia-se o protocolo de morte encefálica. Para constatação do óbito o protocolo necessita ser realizado com maior rigor e segurança possível, visto que além de ser um método que permite a não utilização desnecessária de recursos, envolve também a família do paciente haja vista que todos os pacientes nesta condição são potenciais doadores de órgãos. (Silva, 2018). O processo de assistência necessita, portanto para sua execução de uma equipe engajada e o envolvida com o processo de gerenciamento dentro da UTI, se faz de suma importância, a liderança de excelência, tendo como base além da técnica e conhecimento científico, a humanização e empatia. Visto que todas as alterações fisiológicas transformam o paciente em ME num indivíduo único, com peculiaridades e complexidades, que requerem um cuidado intensivo com ética e co-responsabilização dos profissionais envolvidos e familiares do paciente assistido. (Marcondes, 2019).

Nesta conjuntura, o método coaching se mostra como metodologia de liderança eficiente durante a realização do protocolo de morte encefálica. Propiciando melhora da qualidade no processo de manutenção clínica otimizada aos potenciais doadores de órgãos, por intermédio da otimização de potencialidades do cuidado prestado em equipe multiprofissional, estabelecendo articulações das ações mediante integração dos agentes envolvidos. (Vesco, 2016; Menegaz, 2020).

O conceito de coaching é visto cada vez mais, e o Enfermeiro na figura de líder deve-se apropriar deste modelo de liderança, uma vez que traz cada vez mais influências positivas para o serviço, em especial a terapia intensiva.

2 OBJETIVO

Propôr a utilização da liderança coaching pelo enfermeiro durante realização de

protocolo de morte encefálica e manutenção de potencial doador de órgãos.

3 MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo do tipo seccional, realizado em base de dados do RBT- Registro Brasileiro de Transplantes, dados de Janeiro/2019 até Setembro/2019, sujeitos a alteração.

A População: Geral para cálculos de porcentagem foram adotados os dados do IBGE: Estimativas da população das unidades federativas referência 2018, para calcular os números por milhão de população. Notificações de casos de morte encefálica no Brasil de janeiro a setembro de 2019, com a variável dependente de sexo.

Casos confirmados de morte encefálica no Brasil de janeiro a setembro de 2019, com as variáveis dependentes da causa do óbito.

Incidência dos transplantes de Órgãos Sólidos e Tecidos entre janeiro e setembro de 2019.

A pesquisa foi realizada com dados obtidos na RBT- Registro Brasileiro de Transplantes, veículo Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, pois a autora considerara este sistema mais fidedigno.

No desenvolvimento, usou-se como filtro artigos publicados no Brasil entre os anos de 2015 e 2020, além de dados do Ministério da Saúde, IBGE e da OPAS para ilustração dos fatos apresentados. Através do cruzamento das palavras chaves: “protocolo de morte encefálica”, “enfermagem liderança”, “doação de órgãos e tecidos”, “liderança Coaching na enfermagem”, levantou-se todos os artigos sobre o tema e, após a leitura dos mesmos, foram selecionados os mais relevantes para a pesquisa.

4 RESULTADOS

4.1 PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA

4.1.1 Presença de pré-condições

Critérios para abertura do protocolo de morte encefálica segundo Resolução nº 2.173/17, CFM

Art. 1º - Os procedimentos para determinação de morte encefálica (ME) devem ser iniciados em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinhal e apneia persistente, e que atendam a todos os seguintes pré-requisitos:

- a) presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar morte encefálica;
- b) ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica;
- c) tratamento e observação em hospital pelo período mínimo de seis horas. Quando a causa primária do quadro for encefalopatia hipóxico-isquêmica, esse período de tratamento e observação deverá ser de, no mínimo, 24 horas;
- d) temperatura corporal (esofagiana, vesical ou retal) superior a 35°C, saturação arterial de oxigênio acima de 94% e pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg ou pressão arterial média maior ou igual a 65mmHg para adultos, ou de 60 mmHg sistólica e PAM 43 mmHg para até 5 meses incompletos, de 5 meses a 2 anos incompletos sistólica de 80mmHg e PAM de 60mmHg; de 2 anos a 7 anos incompletos de 85 mmHg de sistólica e 62 mmhg de PAM, indivíduos de 7 a 15 anos pressão arterial sistólica de 90mmHg, e PAM de 65mmHg. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017)

4.1.2 Causas reversíveis de um tronco não funcionante excluídas

A presença de distúrbios hidroeletrólíticos, hipotermia (temperatura retal, vesical ou esofagiana inferior a 35°C). Uso de fármacos com ação depressora do Sistema Nervoso Central e bloqueadores neuromusculares (fenobarbital, clonidina, dexmedetomidina, morfina e outros). São fatores que podem confundir o quadro clínico, portanto devem estar ausentes durante a realização do protocolo. Quando presentes a equipe deverá registrar no prontuário do paciente sua análise justificada da situação e tomar medidas adequadas para correção das alterações antes de iniciar determinação de ME.

Segundo a Resolução nº 2.173/17, CFM, quando o paciente estiver fazendo uso dos fármacos supracitados as seguintes medidas deveram serem tomadas:

- b) Quando utilizados em infusão contínua em pacientes com função

renal e hepática normais e que não foram submetidos à hipotermia terapêutica, nas doses usuais para sedação e analgesia, será necessário aguardar um intervalo mínimo de quatro a cinco meias-vidas após a suspensão dos fármacos, antes de iniciar procedimentos para determinação de ME;

c) Quando os FDSNC e BNM forem utilizados na presença de insuficiência hepática, de insuficiência renal, e utilização de hipotermia terapêutica, ou quando há suspeita de intoxicação por uso em doses maiores que as terapêuticas usuais, ou por metabolização/eliminação comprometida, deve-se aguardar tempo maior que cinco meias-vidas do fármaco. Esse tempo deverá ser definido de acordo com a gravidade das disfunções hepáticas e renais, das doses utilizadas e do tempo de uso, para que haja certeza que ocorreu a eliminação/metabolização dos fármacos ou pela constatação que seu nível sérico se encontra na faixa terapêutica ou abaixo dela.

d) Nas condições anteriormente citadas deverá ser dada preferência a exames complementares que avaliam o fluxo sanguíneo cerebral, pois o EEG sofre significativa influência desses agentes nessas situações. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017)

4.1.3 Testes sobre ausência de reflexos de tronco, apnéia e viabilidade encefálica

Exames clínicos: A avaliação clínica deve confirmar que o paciente está em coma aperceptivo (ausência de resposta motora após compressão do leito ungueal – ausência de resposta supra-espinhal), ausência dos reflexos de tronco e de incursões respiratórias aparentes. A Resolução nº 2.173/17, CFM, Art. 3º estabelece os seguintes critérios:

§ 1º Serão realizados **dois exames clínicos**, cada um deles por um médico diferente, especificamente capacitado a realizar esses procedimentos para a determinação de morte encefálica.

§ 2º Serão considerados especificamente capacitados médicos com no mínimo um ano de experiência no atendimento de pacientes em coma e que tenham acompanhado ou realizado pelo menos dez determinações de ME ou curso de capacitação para determinação em ME, conforme anexo III desta Resolução.

§ 3º Um dos médicos especificamente capacitados deverá ser especialista em uma das seguintes especialidades: medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, neurologia, neurologia pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência. Na indisponibilidade de qualquer um dos especialistas anteriormente citados, o procedimento deverá ser concluído por outro médico especificamente capacitado.

§ 4º Em crianças com menos de 2 (dois) anos o intervalo mínimo de tempo entre os dois exames clínicos variará conforme a faixa etária: dos

sete dias completos (recém-nato a termo) até dois meses incompletos será de 24 horas; de dois a 24 meses incompletos será de doze horas. Acima de 2 (dois) anos de idade o intervalo mínimo será de 1 (uma) hora. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017, grifo nosso)

A presença de reatividade infra-espinhal pode ocorrer em pacientes com ME e decorre da atividade reflexa de medula. Reflexos osteotendinosos, cutâneo plantar em flexão ou extensão, cremastérico, ereção peniana, arreflexos, sinal de Lazarus e opistótono podem ocorrer, mas sua presença não afasta o diagnóstico de ME.

Teste de apnéia

Art. 4º - O teste de apnéia deverá ser realizado uma única vez por um dos médicos responsáveis pelo exame clínico e deverá comprovar ausência de movimentos respiratórios na presença de hipercapnia (PaCO₂ superior a 55mmHg).

Parágrafo único. Nas situações clínicas que cursam com ausência de movimentos respiratórios de causas extracranianas ou farmacológicas é vedada a realização do teste de apnéia, até a reversão da situação. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017)

Exame complementar:

Art. 5º - O exame complementar deve comprovar de forma inequívoca uma das condições:

- a) ausência de perfusão sanguínea encefálica ou
- b) ausência de atividade metabólica encefálica ou
- c) ausência de atividade elétrica encefálica.

§ 1º A escolha do exame complementar levará em consideração situação clínica e disponibilidades locais.

§ 2º Na realização do exame complementar escolhido deverá ser utilizada a metodologia específica para determinação de morte encefálica.

§ 3º O laudo do exame complementar deverá ser elaborado e assinado por médico especialista no método em situações de morte encefálica.

(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

1) Angiografia cerebral - após cumpridos os critérios clínicos de ME, a angiografia cerebral deverá demonstrar ausência de fluxo intracraniano. Na angiografia com estudo das artérias carótidas internas e vertebrais, essa ausência de fluxo é definida por ausência de opacificação das artérias carótidas internas, no mínimo, acima da artéria oftálmica e da artéria basilar, conforme as normas técnicas do Colégio Brasileiro de Radiologia.

2) Eletroencefalograma - constatar a presença de inatividade elétrica ou silêncio elétrico cerebral (ausência de atividade elétrica cerebral com potencial superior a 2 µV)

conforme as normas técnicas da Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica.

3) Doppler Transcraniano - constatar a ausência de fluxo sanguíneo intracraniano pela presença de fluxo diastólico reverberante e pequenos picos sistólicos na fase inicial da sístole, conforme estabelecido pelo Departamento Científico de Neurosonologia da Academia Brasileira de Neurologia.

4) Cintilografia, SPECT Cerebral - ausência de perfusão ou metabolismo encefálico, conforme as normas técnicas da Sociedade Brasileira Medicina Nuclear.

(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

4.1.4 Fundamentos legais

A metodologia de determinação de morte encefálica é fundamentada nas normas legais discriminadas a seguir:

1) 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

2) Lei nº 11.521, de 18 de setembro de 2007 - Altera a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para permitir a retirada pelo Sistema Único de Saúde de órgãos e tecidos de doadores que se encontrem em instituições hospitalares não autorizadas a realizar transplantes.

3) 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.

4) Resolução do CFM nº 1.826, de 6 de dezembro de 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.

4.1.5 Termo de declaração de morte encefálica

A equipe médica que determinou a morte encefálica (ME) deverá registrar as conclusões dos exames clínicos e os resultados dos exames complementares no Termo de Declaração de Morte Encefálica (DME) ao término de cada etapa e comunicá-la ao médico assistente do paciente ou a seu substituto. Esse termo deverá ser preenchido em duas vias.

Nos casos de morte por causa externa, uma cópia da declaração será necessariamente encaminhada ao Instituto Médico Legal (IML).

A Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes (CIHDOTT), a Organização de Procura de Órgãos (OPO) ou a CET deverão ser obrigatoriamente comunicadas nas seguintes situações:

- a) possível morte encefálica (início do procedimento de determinação de ME);
- b) após constatação da provável ME (1º exame clínico e teste de apneia compatíveis) e;
- c) Após confirmação da ME (término da determinação com o 2º exame clínico e exame complementar confirmatórios).

4.1.6 Enfermagem no processo de notificação de morte encefálica

A gerência do cuidado de enfermagem é um processo árduo e complexo, pois as relações pessoais são a base de todo o sistema.

Ao se realizar a notificação de ME, um conjunto de medidas administrativas necessitam serem tomadas, de acordo com a Resolução COFEN nº 292/2009, o enfermeiro são atribuídas algumas funções específicas frente aos doadores de órgãos e tecidos.

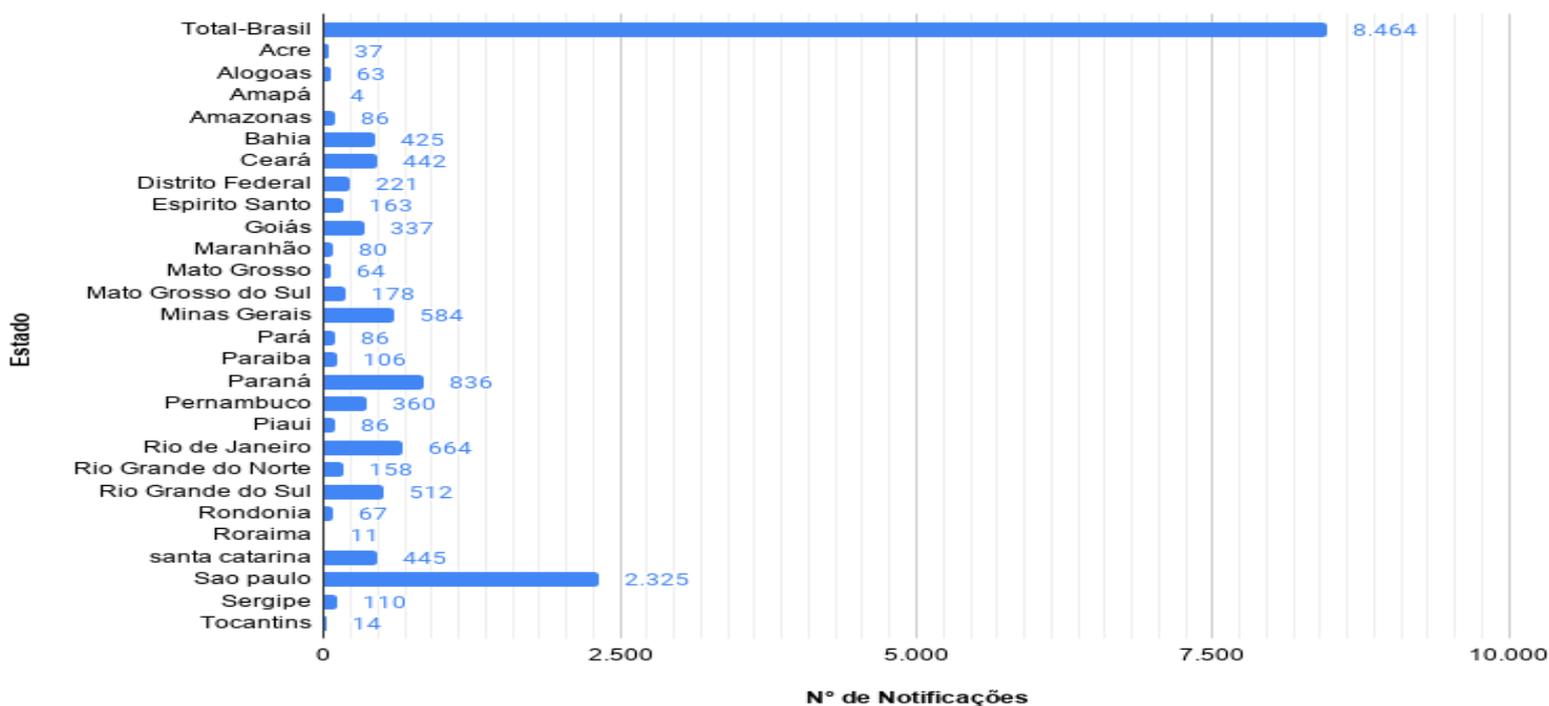
Durante o processo de verificação da ME o enfermeiro terá participação ativa, com provimento de matérias, insumos, preparo e realização de exames, gerenciamento de recursos humanos, cuidado direto e intensivo com o paciente e apoio aos familiares do mesmo.

As competências referidas pela Resolução do COFEN nº 292/2009 demonstram a necessidade de uma liderança diferenciada que permita ao enfermeiro fazer suas atribuições de forma, conjunta e harmoniosa, analisando as potencialidades dos membros da equipe e atuando com real liderança.

4.1.7 Quanto aos dados do registro brasileiro de transplantes (RBT)

Segundo dados publicados, pelo Registro Brasileiro de Transplante (RBT), de janeiro a setembro de 2019. Foram realizadas 8.464 notificações de morte encefálica em todo o território brasileiro com 4.994 entrevistas, sendo que, destas 1.981 se recusaram a dar autorização para captação de órgãos, isto é 40% dos potenciais doadores (Gráfico 1). Por contra-indicação médica foram 1.236 pacientes desconsiderados, por parada cardíaca mais 704 e por morte encefálica não confirmada 651.

Gráfico 1 - Número de doadores notificados nos estados brasileiros, entre janeiro e setembro de 2019.

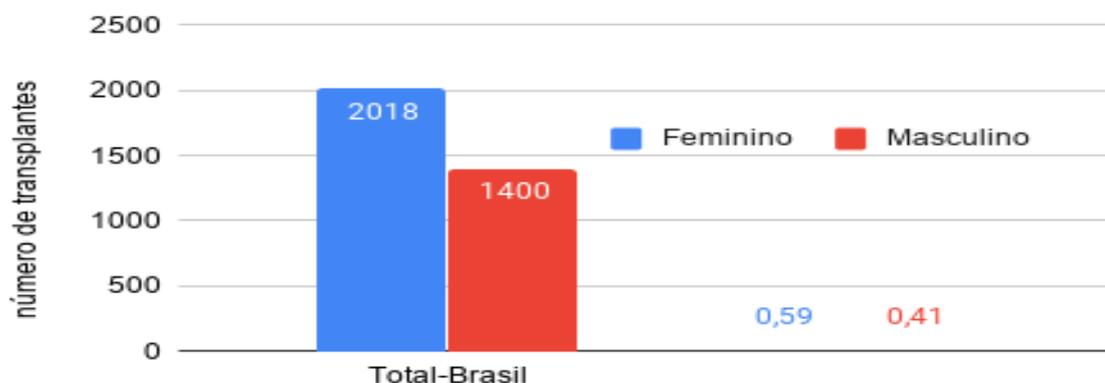


Fonte: Centrais Estaduais de Transplantes RBT - 2019 - (JAN/SE SET) – ABTO.

As faixas etárias que apresentaram maiores números de doadores foram as de 18-64 anos, contabilizando um total de 2.780 doadores. As causas de óbitos com maior incidência foram por traumatismo crânio encefálico com 1.034 vítimas, e acidente vascular encefálico com 1.903 vítimas.

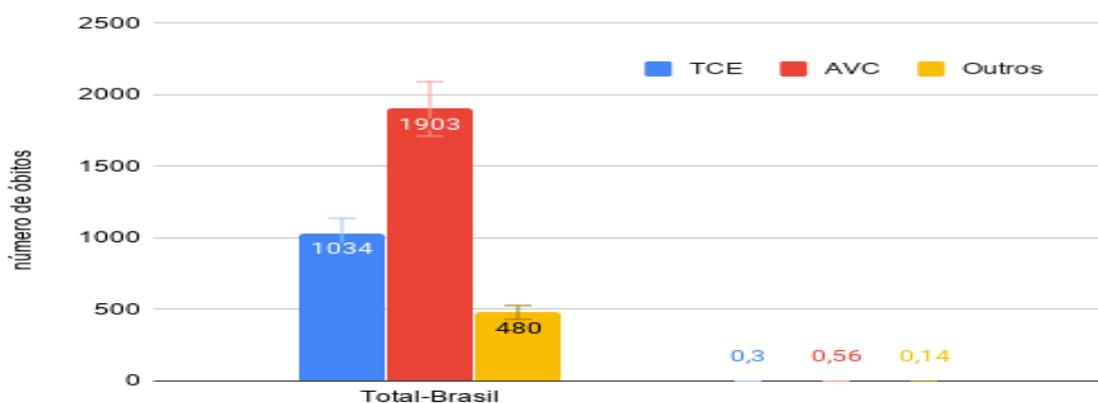
Isto confere importância de uma liderança exercida pelo enfermeiro durante a realização do protocolo de morte encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos, com vistas a melhorar a assistência, com qualidade e humanização como mostrados nos Gráficos 2 e 3, a seguir:

Gráfico 2 - Número de doadores notificados nos estados brasileiros, entre janeiro e setembro de 2019, com as variáveis dependentes de sexo.



Fonte: Centrais Estaduais de Transplantes RBT - 2019 -(JAN/SE SET) – ABTO.

Gráfico 3 - Número de doadores notificados nos estados brasileiros, entre janeiro e setembro de 2019, com as variáveis dependentes da causa do óbito.



Fonte: Centrais Estaduais de Transplantes RBT - 2019 -(JAN/SE SET) – ABTO.

O quadro 1 mostra um panorama quantitativo dos transplantes de órgãos sólidos e tecidos no Brasil, conforme registrado nos documentos de acompanhamento pelo Registro Brasileiro de Transplante (RBT), órgão federal vinculado à Associação Brasileira de Transplantes (ABTO).

Quadro 1 - Número de Transplantes de Órgãos Sólidos e Tecidos entre janeiro e setembro de 2019.

ÓRGÃOS					
Órgãos	Total	Vivo	Falecido	PMP	Nº Equipes
Coração	285		285	1,8	31
Fígado	1.620	115	1.505	10,4	72
Intestino	2	1	1	0	2
Multivisceral	1		1	0	1
Pâncreas	125		125	0,8	15
Pulmão	72		72	0,5	6
Rim	4.617	799	3.818	29,5	141
Total	6.722	914	5.807		

TECIDOS		
Tecidos	Total	PMP
Córnea	10.995	70,3
Total	10.995	

Fonte: RBT - 2019 - (JAN/SET) – ABTO.

4.2 LIDERANÇAS COACHING PELO ENFERMEIRO

Os enfermeiros intensivistas são encarregados de realizar toda a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) durante o processo de realização do protocolo de morte encefálica, notificação e doação de órgãos e tecidos.

Esse processo envolve o gerenciamento da equipe, dos recursos, equipamentos e ambiente como um todo. A manutenção do corpo, o acolhimento dos familiares, é de competência do enfermeiro.

Todas essas atribuições estão previstas na Resolução COFEN nº 292/2009, mas durante a prática se torna um processo burocrático, intensivo e em decorrência disso torna-se de extrema necessidade a implementação da liderança coaching.

Segundo (Menegaz, 2020) presumiu-se que o coaching para performance configurava-se como melhor alternativa para favorecer o trabalho de Enfermagem, pois aperfeiçoaria competências importantes em um âmbito de transição e novo momento organizacional.

Visto que o método coaching quando aplicado durante o gerenciamento assistencial e sistematização de enfermagem, aperfeiçoa a qualidade do serviço por possibilitar melhora da comunicação e da confiança entre membros da equipe, resulta em uma maior segurança durante todo o processo.

Estudos apontam a importância do desenvolvimento pessoal e profissional, da equipes de enfermagem, frente ao cuidado de pacientes críticos.

Portanto, a implantação do tipo de liderança proposta, que visa trabalhar as potencialidades dos envolvidos, possibilita a realização de um julgamento clínico e gerenciamento direcionado, podendo melhorar a assistência prestada ao paciente em protocolo de morte encefálica e ao potencial doador de órgãos e tecidos. A morte encefálica é um processo complexo, pois requer um conjunto de fatores para sua constatação.

Estabelecer a morte em si já é difícil, por não constituir um fato instantâneo mas sim de uma seqüência de fenômenos gradativamente processados nos vários órgãos e sistemas de manutenção da vida e quando se trata do cérebro, que ainda é o órgão que a ciência não domina totalmente, acaba por requerer muito mais de toda a equipe envolvida na prática e do enfermeiro principalmente, por ser este o profissional encarregado do gerenciamento da unidade.

O enfermeiro como parte integrante da equipe, realiza o cuidado direto a todo momento ao paciente crítico, possibilitando ao exame clínico neurológico contribuir com suas competências, aumentando as possibilidades de detectar um potencial doador e contribuindo com a primeira etapa do processo de notificação de morte encefálica, que é o acompanhamento do paciente para uma evolução de uma escala de Glasgow 3 para avaliação da função neurológica. Visto que ao enfermeiro não cabe o diagnóstico médico, porém a avaliação neurológica tem como objetivo a manutenção hemodinâmica ideal ao

potencial doador, através dos cuidados diretos de enfermagem realizados pelo mesmo, aumentando a possibilidade de um potencial doador. De acordo com a Resolução COFEN nº 292/2009 ao enfermeiro cabe planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados aos doadores de órgãos e tecidos, através dos seguintes procedimentos. (Virginio, 2012)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise dos dados publicados, pelo Registro Brasileiro de Transplante (RBT), de janeiro a setembro de 2019, no Brasil. Além disso, também permitiu propor a metodologia de liderança coaching por enfermeiros com o intuito de obter um gerenciamento mais consistente durante o processo de verificação de morte encefálica, notificação e manutenção de possível doador de órgãos e tecidos.

Ao fazer o levantamento dos dados, verificou-se que as partes mais complexas e desgastantes do processo foi determinar quais seriam os critérios de revisões de bibliográfica, haja vista que nos últimos cinco anos foram publicados muitos estudos, referentes a temática proposta.

Dada a importância do assunto, tornou-se necessário propor o método coaching com vista a deixar todo o processo de constatação, notificação e entrevista com familiares menos mecanizado e mais humanizado. Podendo, reduzir as iatrogênias e melhorando a assistência prestada diretamente ao potencial doador, o que acaba por melhorar a qualidade dos órgãos e tecidos.

Nesse sentido, a utilização da liderança coaching pelo enfermeiro durante realização de protocolo de morte encefálica e manutenção de potencial doador de órgãos, permite aos enfermeiros e toda a equipe envolvida na assistência, realizar seu trabalho de forma mais humanizada.

A enfermeira coaching tem muito mais flexibilidade, autoridade, confiança e comunicação efetiva, por consequência melhorando resultados gerenciais.

REFERÊNCIAS

COSTA, Naara et al (org.). Manejo dos pacientes em morte encefálica. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 12, n. 4, p. 953-961, 4 abr. 2018.

COSTA, Israel Ferreira da et al . Fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos: percepção de enfermeiros. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 25, n. 1, p. 130-137, Apr. 2017 .

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: **Saraiva**, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 564, de 06 de novembro de 2017. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2017a.

CORREIA, Wellington Lucas Bezerra et al. Potencial doador cadáver: causas da não doação de órgãos. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 30-34, 26 nov. 2018.

COSTA, Antonielle Moreira et al. Abordagem familiar para a doação de órgãos: percepção dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 13, n. 5, p. 1253-1263, maio 2019.

CUNHA, Débora Sampaio Pierot et al. Morte encefálica e manutenção de órgãos: conhecimento dos profissionais intensivistas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 51-58, jan. 2018

DA SILVA, Hetiani Barretta; DA SILVA, Kauana Flores; DIAZ, Claudia Maria Gabert. A enfermagem intensivista frente à doação de órgãos: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 882-887, July 2017.

FARIAS, Isadora Pereira et al. Construção de protocolo assistencial de enfermagem para o

potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 11, n. 8, p. 3317-3320, 15 ago. 2017.

FORTES PAC. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. **Bioética**, 1994; (2): 129-35.

HELIODORO, Ednalva Alves; ROSA, Darci de Oliveira Santa. aspectos éticos e legais da morte encefálica conhecidos por estudantes de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 140-145, 27 fev. 2019.

LALONGUINIÈRE, Agnes Claudine Fontes de et al. Conhecimento de enfermeiros intensivistas acerca do processo de diagnóstico da morte encefálica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**: Conhecimento de enfermeiros intensivistas acerca do processo de diagnóstico da morte encefálica, [S.L.], v. 17, n. 5, p. 691-698, 30 nov. 2016.

MAGALHÃES, Aline Lima Pestana et al. Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. 1-9, mar. 2018.

MAGALHÃES, Aline Lima Pestana et al. Segurança do paciente no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 22, n. 2, apr. 2017.

MAGALHÃES, Aline Lima Pestana et al. Gerência do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 13, n. 4, p. 1124-1132, 01 maio 2019.

MENEGAZ JC, Fontes VMS. Executive coaching para desenvolvimento de competências de enfermeiras líderes. **REME – Rev Min Enferm.** 2020[citado em];24:e-1281.

OLIVEIRA, Maria Jocely Rodrigues de Lima; Morais Júnior, Sérgio Luis Alves de. - O enfermeiro x potencial doador de órgãos: conceitos relacionados à religião - The nurse x potential organ donor: concepts related to religion - **Nursing** (São Paulo);18(214): 950-954, set.2015. ilus

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Sistema Estadual de Transplantes. Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos. Curitiba: SESA/SGS/CET; 2016.

POTTER VR. Bioethics: a bridge to the future. New Jersey:Prentice-Hall; 1971

RODRIGUES, H. B.; NOGUEIRA, D. L.; FÉLIX, T. A.; GOMES, D. F. Assistência de enfermagem a indivíduos em morte encefálica: avaliação de qualidade. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 31670, 15 nov. 2017.

SARTORI, Nely Regina; Almeida, Caroline Brandão Pires de; Barbosa, Rodrigo Wanderley Neves. - Inteligência emocional de enfermeiros assistenciais em um hospital escola paulista - Emotional intelligence of nurses assistance at a hospital in São Paulo - **Nursing** (São Paulo);21(241): 2211-2217, jun.2018.

SILVA, Tatiane Ribeiro et al. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para

Transplante: vivência dos enfermeiros [Intra-hospital commission on organ and tissue donation for transplant: nurses' experience] [Comisión intrahospitalaria de donación de órganos y tejidos para trasplante: vivencia de los enfermeros]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 26, p. e34120, out. 2018.

SILVA, Thyéli Rodrigues Brelaz da; NOGUEIRA, Maicon de Araújo; SÁ, Antonia Margareth Moita. Conhecimento da equipe de enfermagem acerca dos cuidados com o potencial doador em morte encefálica. **Revista de Enfermagem da Ufpi**, [S.L], v. 5, n. 4, p. 24-30, 01 dez. 2016.

SOUZA, Bruna Soares de Jesus; Lira, Gerlene Grudka; Mola, Rachel. Notificação da morte encefálica em ambiente hospitalar. **Rev. RENE** ; 16(2): 194-200, Mar-Abr.2015.

VESCO, Natália de Lima *et al.* Conhecimento do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1615-1624, maio 2016.

WALDOW, V. R. . Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis, RJ: **Vozes**, 2006.

Zancanaro L. Cuidando do futuro da vida humana: a ética da responsabilidade de Hans Jonas. **O Mundo da Saúde**. 2000 Jul-Ago; 24 (4): 21-5.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BRASILIA). Resolução nº 2.173/2017, de 15 de dezembro de 2017. Dispõe sobre os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. **LEI Nº 9.434, DE 4 DE FEVEREIRO DE 1997**. 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9434compilado.htm. Acesso em: 2 set. 2020.

BRASIL. **LEI Nº 11.521, DE 18 DE SETEMBRO DE 2007**. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11521.htm. Acesso em: 2 set. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017**. 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9175.htm. Acesso em: 2 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BRASILIA). Resolução nº 1.826, de 6 de dezembro de 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. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2007/1826_2007.pdf Acesso em: 20 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 292, de 7 de junho de 2004. Normatiza a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos. [Internet]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2922004_4328.html. Acesso em: 20 set 2020.

