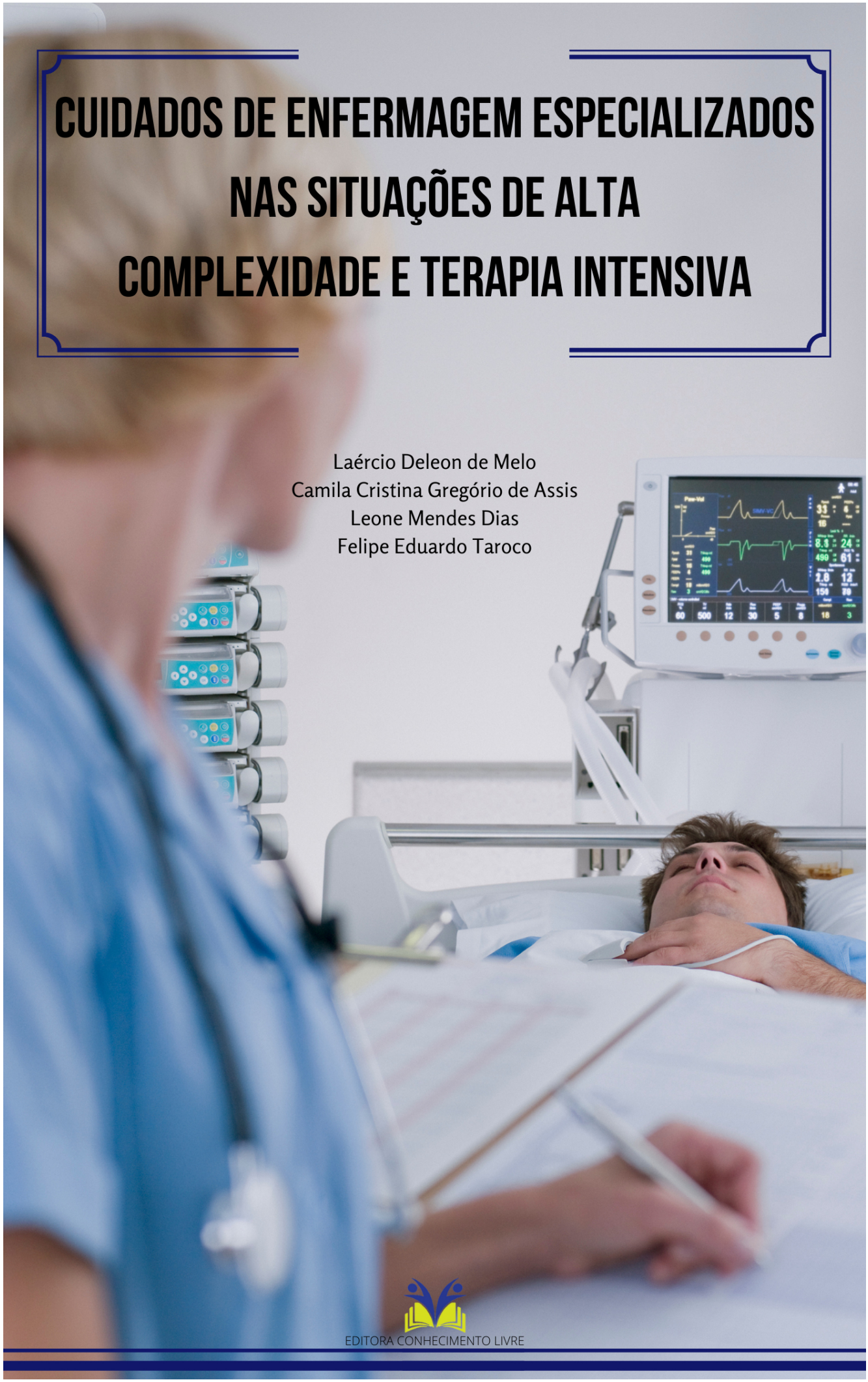
CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS NAS SITUAÇÕES DE ALTA COMPLEXIDADE E TERAPIA INTENSIVA

Laércio Deleon de Melo
Camila Cristina Gregório de Assis
Leone Mendes Dias
Felipe Eduardo Taroco



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Laércio Deleon de Melo
Camila Cristina Gregório de Assis
Leone Mendes Dias
Felipe Eduardo Taroco

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS NAS SITUAÇÕES DE ALTA COMPLEXIDADE E TERAPIA INTENSIVA

1ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

Copyright© 2021 por Editora Conhecimento Livre

1ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Melo, Laércio Deleon de
M528C CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS NAS SITUAÇÕES DE ALTA COMPLEXIDADE E TERAPIA INTENSIVA
/ Laércio Deleon de Melo. Camila Cristina Gregório de Assis. Leone Mendes Dias. Felipe Eduardo Taroco. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2021

83 f.: il
DOI: 10.37423/2021.edcl308
ISBN: 978-65-89955-33-7
Modo de acesso: World Wide Web
Incluir Bibliografia

1. cuidados-de-enfermagem 2. enfermagem-em-emergência 3. cuidados-críticos 4. procedimentos-clínicos 5. unidades-de-terapia-intensiva I. Melo, Laércio Deleon de II. Assis, Camila Cristina Gregório de III. Dias, Leone Mendes IV. Taroco, Felipe Eduardo V. Título

CDU: 613

https://doi.org/10.37423/2021.edcl308

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

Dr. João Luís Ribeiro Ulhôa

Dra. Eyde Cristianne Saraiva-Bonatto

Dr. Anderson Reis de Sousa

MSc. Frederico Celestino Barbosa

MSc. Carlos Eduardo de Oliveira Gontijo

MSc. Plínio Ferreira Pires

Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO
2021

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 6
TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: COMPETÊNCIA CLÍNICA E LEGAL DO ENFERMEIRO
Elisângela da Silva Gorito Reis
Laércio Deleon de Melo
Camila Cristina Gregório de Assis
Fernanda Ferreira Krepker
Leone Mendes Dias
Felipe Eduardo Taroco
Daniele Lúcia Silva Affonso
Juliana da Silva Jeremias
Jéssica de Castro Santos
Loiane Aparecida de Freitas Silva
DOI 10.37423/210704547

CAPÍTULO 2 18
PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.
Mário Francisco Mariano
Laércio Deleon de Melo
Camila Cristina Gregório de Assis
Fernanda Ferreira Krepker
Leone Mendes Dias
Felipe Eduardo Taroco
Daniele Lúcia Silva Affonso
Juliana da Silva Jeremias
Jéssica de Castro Santos
Isabella Lima Silva Teixeira
DOI 10.37423/210704548

CAPÍTULO 3 35
HIPOTERMIA TERAPÊUTICA PÓS-PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: ASSISTÊNCIA INTENSIVA DE ENFERMAGEM.
Osiele de Carvalho Petermann
Laércio Deleon de Melo
Camila Cristina Gregório de Assis
Fernanda Ferreira Krepker
Leone Mendes Dias
Felipe Eduardo Taroco
Daniele Lúcia Silva Affonso
Juliana da Silva Jeremias
Jéssica de Castro Santos
Agnes Alvarenga Rosendo
DOI 10.37423/210704549

CAPÍTULO 4 50
AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS:VERTENTES DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA.
Joel Elias Pires de Souza
Laércio Deleon de Melo
Camila Cristina Gregório de Assis
Fernanda Ferreira Krepker
Leone Mendes Dias
Felipe Eduardo Taroco
Daniele Lúcia Silva Affonso
Juliana da Silva Jeremias
Jéssica de Castro Santos
Letícia da Silva Coelho
DOI 10.37423/210704550

CAPÍTULO 5 68
PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DOADOR FALECIDO.
Luana Franco Fernandes Appell
Laércio Deleon de Melo
Camila Cristina Gregório de Assis
Fernanda Ferreira Krepker
Leone Mendes Dias
Felipe Eduardo Taroco
Daniele Lúcia Silva Affonso
Juliana da Silva Jeremias
Jéssica de Castro Santos
Yasmin Mendonça Campos
DOI 10.37423/210704551

Capítulo 1

10.37423/210704547

TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: COMPETÊNCIA CLÍNICA E LEGAL DO ENFERMEIRO

Elisângela da Silva Gorito Reis — *Centro Universitário Estácio Juiz de Fora, Brasil.*

Laércio Deleon de Melo — *Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.*

Camila Cristina Gregório de Assis — *Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.*

Fernanda Ferreira Krepker — *Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.*

Leone Mendes Dias — *Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.*

Felipe Eduardo Taroco — *Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, Brasil.*

Daniele Lúcia Silva Affonso — *Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, Brasil.*

Juliana da Silva Jeremias — *Celso Lisboa, Rio de Janeiro, Brasil*

Jéssica de Castro Santos — *Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.*

Loiane Aparecida de Freitas Silva — *Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, Brasil*

Resumo:

Introdução: os serviços de urgência e emergência são a principal porta de entrada e acesso dos usuários aos serviços de saúde. **Objetivo:** descrever as competências clínicas e legais do Enfermeiro para a realização da triagem e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. **Método:** artigo de revisão integrativa, realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde. Foi usado ainda o operador *booleano* AND e como recurso de pesquisa à opção "termo exato", utilizando-se a combinação dos descritores, a saber: "Enfermagem em Emergência"; "Acolhimento"; "Triagem" e "Protocolos". Foram obtidos 10 estudos sendo que somente sete publicações atenderam aos objetivos desta investigação. A pesquisa ocorreu no período de Fevereiro a Maio de 2019. Desenvolvimento: as competências clínicas e legais do Enfermeiro para a realização da triagem e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência devem ocorrer conforme Resolução COFEN n° 423/2012 e de suas complementares. **Considerações finais:** a classificação de risco e priorização da assistência é atividade privativa do Enfermeiro nos serviços de urgência e emergência desde que este profissional esteja dotado de conhecimentos, competências e habilidades capazes de garantir o rigor técnico-científico necessário ao procedimento, sendo necessário que este seja realizado dentro do Processo de Enfermagem e respeite aos princípios de Humanização do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Enfermagem em Emergência; Acolhimento; Triagem; Protocolos.

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência constituem um componente essencial em relação ao acesso e prestação de serviços assistenciais em saúde no Brasil. O Ministério da Saúde (MS) categorizou estes serviços como sendo o único campo de atenção à saúde, que é destinado aos serviços específicos de suporte à vida, sendo ao mesmo tempo consideradas uma das vertentes mais problemáticas no contexto dos diferentes sistemas de saúde (MEDEIROS et al., 2019).

Os serviços de emergências hospitalares são por muitas vezes a principal porta de entrada e acesso dos usuários aos diferentes serviços de saúde. Estes serviços contam com equipe interdisciplinar especializada que dentre os principais atores o Enfermeiro e sua equipe merecem um papel de destaque, visto suas inúmeras atribuições e cuidados assistenciais prestados (DURO; LIMA; WEBER, 2017).

A priorização do atendimento ao paciente conforme estratificação no âmbito de urgência e emergência, baseado em seu quadro clínico e a definição de demandas de intervenções e cuidados de forma imediata é um ponto chave sobre a operacionalização do fluxo de atendimento hospitalar. Este requer ferramentas facilitadoras e que tragam uma padronização a este processo, a exemplo da triagem com o acolhimento e classificação de risco padronizado conforme os níveis de gravidade e fluxogramas apropriados descritos em protocolo (MALFUSSI et al., 2018).

Dentre os diferentes protocolos de classificação de risco existentes e disseminados mundialmente, destaca-se o *Manchester Triage System (MTS)* criado na Inglaterra, para a determinação do grau de urgência e emergência. A atividade de triagem pode ser realizada por profissionais médicos ou enfermeiros mediante a seleção de um dos 42 fluxogramas que seja capaz de caracterizar a queixa principal, o histórico médico, os sinais vitais, os sinais e sintomas apresentados como discriminadores para a classificação do atendimento ao paciente em cinco níveis conforme o protocolo e categorização visual nas cores padronizadas (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Dado tal complexidade, as dimensões do cuidado de enfermagem e o protagonismo deste como sendo o primeiro profissional a iniciar o contato com os pacientes de modo a realizar o seu acolhimento e classificação de risco através da triagem, atividade está que requer uma gama de conhecimentos teóricos, científicos, clínicos e principalmente um aprofundamento a respeito dos diferentes fluxogramas presentes no protocolo, justifica-se a presente investigação.

Cabe mencionar ainda que a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) do MS, dentre os seus eixos temáticos chaves apresenta em seus eixos: sete- economia e gestão em saúde e oito- gestão do trabalho e educação em saúde, como sendo capazes de abarcar a temática referente à triagem e classificação de risco (BRASIL, 2018).

Diante do exposto, foram elaboradas duas questões de investigação: como é realizada a triagem e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência? Como é definida a competência clínica e legal do enfermeiro para a realização da triagem e classificação de risco? Posto isso as competências clínicas e legais do enfermeiro para a realização da triagem e classificação de risco em urgência e emergência foram delineadas como objeto desta investigação.

O objetivo da revisão foi apresentar as competências clínicas e legais do Enfermeiro para a realização da triagem e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.

A presente investigação caracteriza-se como sendo uma revisão de literatura do tipo integrativa. Este método de pesquisa permite a síntese de diferentes estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de um determinado objeto de investigação (TEIXEIRA et al., 2013).

Este estudo foi operacionalizado por meio de seis etapas as quais estão estreitamente interligadas: elaboração das questões norteadoras, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

A busca na literatura foi realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se a combinação de descritores, que foram: “Enfermagem em Emergência”; “Acolhimento”; “Triagem” e “Protocolos”, estruturados e organizados para facilitar o acesso à informação cadastrada nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Foi utilizado ainda o Operador *Booleano* AND e como recurso de pesquisa à opção “termo exato” na qual os artigos indexados em mais de uma base de dados foram considerados apenas uma vez. A pesquisa nas bases de dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2019.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão: artigos científicos que contemplassem a temática, publicados no idioma português no período de 2012 a 2019. Foram obtidos 10 estudos pertencentes às modalidades: texto completo e idioma português, e por fim somente sete publicações atenderam aos objetivos desta investigação, sendo excluídas ainda duas revisões integrativas e uma por não atender ao objetivo.

2 DESENVOLVIMENTO

Nesta etapa, os resultados da revisão com síntese do conhecimento foram apresentados de forma estruturada, em: contextualização de urgência e emergência; acolhimento, triagem e classificação de risco e; atuação do enfermeiro no acolhimento, triagem e classificação de risco em urgência e emergência, conforme apresentado a seguir:

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Urgência e a Emergência são termos muitas vezes confundidos pelos pacientes e por vezes pelos próprios profissionais de saúde, no que tange aos seus conceitos e tempo de espera. Sendo assim é necessária uma compreensão conceitual destes dois termos.

A urgência é uma situação que requer assistência rápida, no menor tempo possível sendo estratificado por ordem de prioridade no atendimento pode estar compreendida entre dez minutos a até no máximo duas horas, a fim de evitar complicações e sofrimento do paciente. Por outro lado, a emergência é toda situação em que há a necessidade de atendimento imediato do paciente mediante à uma ameaça eminente à vida, sofrimento intenso ou risco de lesões permanentes de diferentes naturezas (MOURA et al., 2014).

Neste contexto, a dinâmica do atendimento de urgência e emergência ocorre devido a especificidade dos atendimentos e serviços prestados, bem como às reais necessidades dos pacientes atendidos nestes serviços. No Brasil, em 2003 foram iniciados a estruturação e o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPA'S). A viabilização destes serviços ocorreu por meio da Política Nacional de Urgência e Emergência que estabelece uma rede de atenção às urgências que visa o acolhimento e o atendimento aos usuários com quadro clínico agudo decorrente de qualquer natureza.

A classificação da UPA é de complexidade intermediária, com funcionamento ininterrupto nas 24 horas e com profissionais competentes para acolher e prestar assistência aos usuários com quadro clínico agudo de qualquer natureza (OLIVEIRA et al., 2017).

As UPA's são serviços de saúde que se configuram como importante porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento às urgências e emergências, condições estas que exigem extrema atenção por parte das três esferas de governo (Municipal, Estadual e Federal). Cabe mencionar que estes serviços ainda enfrentam problemas em relação à superlotação diária dos serviços de porta, causada, principalmente, pela fragilidade dos sistemas de referência e contra referência assim como a interação entre as os diferentes níveis de atenção à saúde, somam-se ainda

a escassez de recursos humanos; imprevisibilidade da demanda e; pelo elevado número de casos de intensa gravidade (OLIVEIRA et al., 2017).

Nesta perspectiva surgiu no país o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) como proposta para atender a todos os usuários que procuram os serviços públicos de saúde de modo a se promover a universalidade, a integralidade e a equidade de ações para operacionalizar os processos de trabalho em saúde. Em busca da otimização do tempo de espera tendo como critério classificatório a severidade da condição clínica dos usuários que se equaliza o ACCR (MALFUSSI et al., 2018).

A organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) no SUS é prioritário sendo considerado uma necessidade urgente, capaz de intervir de forma organizada e efetiva aos distintos problemas de saúde. Sua implementação fundamenta-se na articulação e integração de todos os recursos humanos, matérias e institucionais de saúde, com o intuito de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral dos pacientes aos usuários de saúde, de forma ágil, oportuna e que respeite o perfil epidemiológico em cada situação de urgência e emergência (MEDEIROS et al., 2019).

Neste âmbito o MS recomenda que a classificação de risco siga um protocolo direcionador de ações profissionais de forma interdisciplinar, conforme apresentado a seguir.

2.2 ACOLHIMENTO, TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

A portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde (MS) é a responsável pela implantação nas unidades de atendimento às urgências, do Acolhimento com Triagem Classificatória de Risco (BRASIL, 2002). Nesta perspectiva os sistemas de triagem possuem o objetivo de organizar a demanda dos pacientes que chegam à procura de atendimento, identificando-se e estabelecendo-se a prioridade assistencial conforme os diferentes critérios protocolados para as situações de urgência e emergência (MEDEIROS et al., 2019).

A avaliação da classificação de risco é realizada por Enfermeiros ou médicos, onde os mesmos reúnem as condições indispensáveis como: linguagem clínica, sinais e sintomas, e escalas de avaliação e classificação de risco. O principal objetivo da implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco é o de minimizar os problemas da não distinção dos riscos ao qual o paciente está submetido, assim como os diferentes níveis de sofrimento deixando-se em segundo plano a tradicional ordem de chegada (MEDEIROS et al., 2019).

Dispõe-se, internacionalmente, de diversos protocolos de Classificação de Risco, dentre os quais, destacam-se: *Australasian Triage Scale* (ATS); *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS); *Emergency*

Severity Index (ESI); Modelo *Andorrano* de triagem e sistema espanhol de triagem (MAT-SET); e *Manchester Triage System* (MTS) (MEDEIROS et al., 2019; MALFUSSI et al., 2018).

No Brasil, esses protocolos também podem ser utilizados, contudo, o MS, oferece aos serviços de saúde no contexto de urgência e emergência a possibilidade de elaborarem seus próprios protocolos institucionais com base em modelos pré-existentes de modo a realizar adaptações necessárias em relação ao perfil local e ao contexto de sua inserção na rede de atenção à saúde (MALFUSSI et al., 2018).

O Protocolo de *Manchester*, o mais utilizado no Brasil, foi elaborado com o objetivo de organizar a fila nos serviços de urgências e garantir que os pacientes não esperem mais do que o tempo ideal para o primeiro atendimento médico mediante classificação inicial por cores, após a triagem fundamentada no quadro clínico do paciente e seus sinais e sintomas clínicos, conhecidos como discriminadores (MEDEIROS et al., 2019; MALFUSSI et al., 2018).

Os cinco níveis e seus respectivos tempos alvos para atendimento são: Grau de prioridade I: emergente, cor vermelha, tempo alvo: 0 minuto – requer atendimento imediato; Grau de prioridade II: muito urgente, cor laranja, tempo alvo: 10 minutos; Grau de prioridade III: urgente, cor amarelo, tempo alvo: 60 minutos; Grau de prioridade IV: pouco urgente, cor verde, tempo alvo: 120minutos; Grau de prioridade V: não urgente, cor azul, tempo alvo: 240 minutos (MEDEIROS et al., 2019; MALFUSSI et al., 2018).

Os 42 fluxogramas disponíveis no protocolo são: asma, autoagressão, cefaleia, comportamento estranho, convulsões, corpo estranho, diabetes, diarreia, dispneia, doença hematológica, doença mental, doenças sexualmente transmissíveis, dor abdominal, dor cervical, dor de garganta, dor lombar, dor testicular, dor torácica, embriaguez aparente, erupção cutânea, estado de inconsciência, exposição a agentes químicos, feridas, gravidez, hemorragia digestiva, hemorragia vaginal, mal-estar em adultos, infecções locais e abscessos, mordeduras e picadas, problemas dentários, problemas em extremidades, problemas nasais, problemas nos ouvidos, problemas oftalmológicos, problemas urinários, quedas, queimaduras, queixas anais, superdosagem e envenenamento, trauma crânio-encefálico, vertigem e tonturas, vômitos (MALFUSSI et al., 2018).

A partir destes fluxogramas o estabelecimento do nível de prioridade no atendimento poderá ser realizado pelo profissional Enfermeiro respeitando-se sua capacitação profissional e os aspectos éticos e legais. No contexto do atendimento às urgências e emergências, o enfermeiro vive muitos dilemas éticos e legais em relação à responsabilidade profissional, autonomia em relação às demais categorias

profissionais, além da competência legal para realizar diferentes procedimentos. É o profissional Enfermeiro que atende ao usuário grave que se submete a procedimentos complexos, na maioria das vezes articulados a protocolos qualificados com especificidades em níveis variados; portanto, o momento no qual se dá o atendimento de emergência exige rapidez e eficácia de ações do Enfermeiro o qual precisa estar amparado e habilitado legalmente em sua prática clínica (MORAES FILHO et al., 2016).

O profissional Enfermeiro executa todas as atividades que envolvem a prática clínica da Equipe de enfermagem, relacionadas à supervisão, liderança, capacitação da equipe, coordenação, implementação do cuidado, realização de procedimentos técnicos e o zelo pela qualidade da assistência e segurança do paciente amparados pela Lei do Exercício Profissional n° 7.498/86, de 25 de junho de 1986, bem como, pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (BRASIL 2017; BRASIL 1986).

A dinâmica dos serviços relacionados à triagem e classificação de risco, guiados pelo enfermeiro devem visar sobre a: priorização do risco de acordo com a gravidade clínica; avaliação do quadro de saúde; determinação da prioridade de atendimento; ordenação do fluxo de pacientes no serviço; permitir a redução de agravos e sequelas das condições de urgência; possibilitar a avaliação no tempo preconizado pelo protocolo; contribuir para a diminuição do tempo de espera dos casos graves por atendimento; propiciar a organização do trabalho do enfermeiro e; contribuir para a organização do serviço (DURO; LIMA; WEBER, 2017).

A participação do enfermeiro na atividade de classificação de risco ocorre conforme a Resolução COFEN n° 423/2012 que dispõe que a classificação de risco e priorização da assistência é atividade privativa do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência desde que este profissional esteja dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam, rigor técnico-científico necessário ao procedimento e ressalta ainda que este seja realizado dentro do Processo de Enfermagem (PE) e respeite aos princípios de Humanização do SUS (BRASIL, 2012).

No intuito de prezar pela qualidade e segurança da assistência para a realização da classificação de risco de acordo com a Resolução COFEN nº 661/2021 estabelece que o enfermeiro deverá ter curso de capacitação direcionado de acordo com o protocolo utilizado pela instituição, bem como local (consultório) e equipamentos em condições apropriadas para o desenvolvimento da assistência. Sendo estabelecido um tempo médio de 04 (quatro) minutos por classificação, com limite de até 15 (quinze) atendimentos por hora, durante toda a atividade o enfermeiro não deverá exercer outras

funções concomitantemente, assim garantindo a segurança do paciente e do profissional responsável pela classificação (BRASIL, 2021).

O Enfermeiro possui conhecimentos e habilidades na definição das prioridades no atendimento, capacidades em avaliar clinicamente o paciente nas diferentes situações de urgência e emergência, habilidades comunicacionais, intuitivas, tomada de decisão e condutas capazes de contribuir com a diminuição das condições de morbidade e mortalidade associadas ao fluxo e alta demanda dos serviços de urgência e emergência (MALFUSSI et al., 2018; DURO; LIMA; WEBER, 2019).

Neste contexto, os conhecimentos e habilidades requeridos do profissional enfermeiro englobam: utilização do conhecimento clínico para realizar a classificação de risco a fim de avaliar o estado de saúde do paciente e definir a prioridade de atendimento; utilização de habilidades comunicacionais durante a triagem; experiência profissional para avaliar o paciente, administração dos conflitos com os usuários durante a triagem; necessidade de capacitação específica sobre o protocolo; utilização da capacidade intuitiva para avaliar e priorizar o atendimento do paciente e; consideração das situações sociais relacionadas ao problema do paciente na determinação da prioridade do risco (DURO; LIMA; WEBER, 2017).

Ressalta-se ainda que, é primordial o respaldo das instituições de saúde as diferentes ações profissionais por meio de protocolos direcionadores que amparem o enfermeiro diante dessas situações limites, além de contribuir com a formação necessária e treinamentos contínuos necessários à sua prática. Todas as ações de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro e sua equipe devem ser fundamentadas em recomendações científicas atuais e registradas, mediante elaboração efetiva do PE (MALFUSSI et al., 2018; MOURA et al., 2014; BRASIL, 2009).

As ações do enfermeiro na avaliação e classificação de risco dos pacientes devem envolver: o desenvolvimento da escuta das queixas e os antecedentes das condições de saúde do paciente; realização da avaliação da situação clínica a partir dos sinais e sintomas apresentados; realizar a triagem do paciente no período de tempo estipulado pelo protocolo utilizado; orientar o paciente sobre o significado das cores das pulseiras, as quais diferem de acordo com a gravidade das condições de saúde; informar o paciente sobre o tempo de espera por atendimento; reavaliar e orientar o paciente caso haja alguma modificação de seus sintomas; informar o paciente e familiares/ acompanhantes sobre a classificação realizada e; ter autonomia para realizar a classificação de risco conforme protocolo (DURO; LIMA; WEBER, 2017).

Por fim, cabe mencionar como limitantes à execução de todas as etapas do PE na triagem e classificação de risco são identificados constantemente problemas de sobrecarga, relacionadas aos serviços de emergência que se concentram em sua maioria nos centros urbanos e hospitais de grande porte, fato este que impões diferentes desafios ao enfermeiro. As atividades de acolhimento e classificação de risco ocorrem por vezes, num ambiente sob pressão de tempo, com usuários insatisfeitos e inseguros quanto ao tempo de espera pelo atendimento e classificação recebida (CAMPOS DE OLIVEIRA et al., 2017; DURO; LIMA; WEBER, 2017).

A tensão gerada no ambiente da sala de espera reflete-se no trabalho dos Enfermeiros, visto que as recorrentes reclamações dos usuários são realizadas diretamente a estes profissionais; além disso, existem problemas que envolvem a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE0 para os encaminhamentos necessários, os quais também interferem no processo de trabalho do enfermeiro (DURO; LIMA; WEBER, 2017).

Por fim, percebe-se a partir dos artigos revisados que as competências clínicas e legais do enfermeiro para a realização da triagem e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência foram descritas a partir da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) n° 423/2012 e de suas complementares, sendo identificadas as dificuldades no processo de acolhimento e classificação de riscos vinculadas a sobrecarga cotidiana e processo de trabalho institucional.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A classificação de risco e priorização da assistência é atividade privativa do Enfermeiro nos serviços de urgência e emergência desde que este profissional esteja dotado de conhecimentos, competências e habilidades capazes de garantir o rigor técnico-científico necessário ao procedimento, sendo necessário que este seja realizado dentro do PE e respeite aos princípios de Humanização do SUS, como: supervisão, liderança e capacitação da equipe.

Como limites desta investigação, reconhece-se a inclusão de apenas manuscritos em língua portuguesa e o recorte de tempo realizado, visto que, não foi possível realizar a cobertura de toda a literatura crítica existente, como recurso teórico para esta investigação.

Tem-se como proposta para futuros estudos a realização de pesquisas de campo envolvendo a temática de forma mais abrangente, tendo como motivadores os resultados apresentados nesta pesquisa.

REFERENCIAS

ACOSTA, A.; DURO, C.; LIMA, M. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, 2012, p. 181-190. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000400023&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 20 Mai. 2019.

ALVES DE MOURA, M. A.; WATANABE, E. M. M.; RAMOS DOS SANTOS, A. T.; CYPRIANO, S. R.; DOS SANTOS MAIA, L. F. O papel do enfermeiro no atendimento humanizado de urgência e emergência. Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem. 2014, v. 4. N.1: p. 10-17. Disponível em: https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/71. Acesso em:20 Mai. 2019.

BRASIL. Resolução Cofen n° 564 de 06 de Dezembro de 2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem. 2017. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html Acesso em: 20 Mai. 2019.

BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre as regulamentações do exercício de enfermagem e dá outras providencias. Conselho Federal de Enfermagem. 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986 4164.html Acesso em: 20 Mai. 2019.

BRASIL. Resolução Cofen n°423 de 11 de abril de 2012. Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Risco. Conselho Federal de Enfermagem. 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html Acesso em: 20 Mai. 2019.

BRASIL. Resolução Cofen 661 de 03 de abril de 2021. Dispõe: Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_85839.html Acesso em: 27 Jul. 2021.

BRASIL. Resolução Cofen 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providencias. Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen3582009_4384.html Acesso em: 20 Mai. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2048 de 05 de Novembro de 2002: Regulamenta o atendimento dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; estabelece seus princípios e diretrizes; define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência. 2002. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_2048_B.pdf Acesso em: 20 Mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília, 2018. 26p. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf> Acesso em: 20 Mai. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa da saúde da família. Ministério da Saúde. Brasília, 2006, p. v.6, nº. 2, p: 05-10, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf Acesso em: 20 Mai. 2019.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos Organizacionais. Gestão e sociedade. 2011. v. 5 n. 11, p. 121-36, Disponível em:

https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220 Acesso em: 20 Mai. 2019

OLIVEIRA, J. L. C.; GATTI, A. P.; DA SILVA BARRETO, M.; JUNIOR, J. A. B.; DE FREITAS GÓES, H. L.; & MATSUDA, L. M. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. Texto & Contexto Enfermagem. 2017, v. 26, n. 1, p. 1-8. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71449839001 Acesso em: 20 Mai. 2019.

DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S.; WEBER, L. A. F. Opinião De Enfermeiros Sobre Classificação De Risco Em Serviços De Urgência. REME, 2017; 21:e 1062. Disponível em: 2017. Disponível em: http://eee.reme.org.br/artigo/detalhes/1200 Acesso em: 20 Mai. 2019.

MALFUSSI, L. B. H.; BERTNCELLO, K.C.G.; NASCIMENTO, E. R. P.; SILVA, S. G.; HERMIDA, P, M. V.; JUNG, W. Concordância De Um Protocolo Institucional Na Avaliação Com Classificação De Risco. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, 2018. v. 27, n. 1 p. e4200016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/0104-0707-tce-27-01-e4200016.pdf Acesso em: 20 Mai. 2019.

MEDEIROS, A. K.; MEDEIROS, A. N.; SILVA, P. S.; LEAL, A.; BARROS, V. N. Caracterização do Acolhimento com Classificação de Risco em um Hospital. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, 2019, v.2, n.2, p.6. Disponível em: http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/1541 Acesso em: 20 Mai. 2019.

MORAES FILHO, L. A.; MARTINI, J. G.; DE OLIVEIRA VARGAS, M. A.; REIBNITZ, K. S.; O.V. BITENCOURT, J. V.; LAZZARI, D. Competência Legal do Enfermeiro na Urgência e Emergência. Enfermagem em Foco. 2016, v.7, n.1, p.18-23. Disponível em:

http://biblioteca.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2016/10/Compet%C3%AAncia-legal-do-enfermeiro-na-urg%C3%AAnciaemerg%C3%AAncia.pdf Acesso em: 20 Mai. 2019.

TEIXEIRA, E. ;MEDEIROS, H. P.; NASCIMENTO, M. H. M.; COSTA e SILVA, B. A.; RODRIGUES, C. Integrative Literature Review Step-By-Step & Convergences With Other Methods of Review. Revista de Enfermagem da UFPI, Teresina. 2013, v. 2, n. 5, p. 3-7. Disponível em:

http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1457 Acesso em: 20 Mai. 2019.

Capítulo 2

10.37423/210704548

PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.

Mário Francisco Mariano — *Centro Universitário Estácio Juiz de Fora, Brasil.*

Laércio Deleon de Melo — *Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.*

Camila Cristina Gregório de Assis — *Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.*

Fernanda Ferreira Krepker — *Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.*

Leone Mendes Dias — *Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.*

Felipe Eduardo Taroco — *Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, Brasil.*

Daniele Lúcia Silva Affonso — *Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, Brasil.*

Juliana da Silva Jeremias — *Celso Lisboa, Rio de Janeiro, Brasil*

Jéssica de Castro Santos — *Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.*

Isabella Lima Silva Teixeira — *Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, Brasil.*

Resumo: Objetivos: 1) contextualizar as Infecções Hospitalares; 2) descrever a implantação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e; 3) apresentar as principais intervenções de Enfermagem para a prevenção e controle de infecções hospitalares na Unidade de Terapia Intensiva. Método: revisão integrativa, realizada no portal da Biblioteca Virtual da Saúde. Foi usado ainda o Operador *Booleano* AND e como recurso de pesquisa à opção "termo exato", utilizando-se a combinação de descritores controlados, que foram: "Enfermagem", "Prevenção e Controle", "Infecção Hospitalar" e "Unidades de Terapia Intensiva". Foram obtidos 150 estudos, sendo 21 publicações inclusas por atenderem aos objetivos desta investigação. A pesquisa ocorreu no período de fevereiro a maio de 2019. Desenvolvimento: para se obter o sucesso na prevenção de infecções hospitalares, é preciso que o Enfermeiro esteja ciente de suas atribuições e, acima de tudo, esteja a frente na gestão setorial, equipe interdisciplinar, paciente, familiares e visitantes, visando a sincronia de ações em prol da prevenção e controle de infecções hospitalares. Considerações finais: visando a prevenção e o controle de infecção hospitalar na unidade de terapia intensiva se faz necessário à colaboração de toda a equipe de saúde, sendo o Enfermeiro o principal responsável por assegurar a utilização de técnicas asséptico-estéreis, devido ao seu perfil de liderança, responsabilidade sobre o gerenciamento do cuidado em saúde de forma integral no contexto intensivo, provimento de recursos humanos e materiais assim como a identificação de falhas e necessidade de treinamentos e educação continuada à equipe de saúde, enfermagem, paciente e até mesmo seus familiares e visitantes.

Palavras-chave: Enfermagem; Prevenção e Controle; Infecção Hospitalar; Unidades de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma área crítica direcionada a internação de pacientes graves, que necessitam de cuidados profissionais interdisciplinares especializados contínuos e ininterruptos somados a monitorização clínica e hemodinâmica (BRASIL, 2010).

No ambiente intensivo, os pacientes estão mais vulneráveis a adquirem um ou mais tipos de Infecção Hospitalar (IH), sendo a estimativa de risco de se adquirir uma IH de cinco a dez vezes maior do que os pacientes internados nos demais setores hospitalares. Este fato pode ser justificado a partir da presença de uma ampla variedade de micro-organismos patogênicos, ao uso constante de antimicrobianos de largo espectro e à rotina de procedimentos e dispositivos invasivos (GASPAR et al., 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a IH "é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou a procedimentos hospitalares" (BRASIL, 1998). Os índices brasileiros atuais de IH acometem a 15,5% do total de pacientes hospitalizações (média de 1,18 episódios de IH por paciente internado), condição está que influi sobre o aumento do tempo de internação, custos, agravamento do quadro clínico e hemodinâmico, morbidade e mortalidade dos pacientes (SOUSA et al., 2016).

Segundo Backe (2015) a prevenção e o controle das IH's são resultantes de um esforço conjunto que depende do envolvimento de cada profissional atuante da equipe interdisciplinar nas diferentes intervenções e cuidados em saúde. Estas medidas estão relacionadas ao conhecimento científico e às mudanças comportamentais de cada um dos profissionais de saúde. Cabe ao Enfermeiro organizar o processo de trabalho, gerenciar e liderar a equipe de Enfermagem e de saúde rumo à prevenção e controle das IH's assim como o fornecimento das orientações necessárias aos pacientes, familiares e visitantes presentes na UTI.

O contexto de prevenção e controle de IH's pode ser concebido ainda mediante a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) do MS, que possui alguns eixos temáticos chaves, relacionados ao tema, a saber: abordagem das doenças transmissíveis; ambiente, trabalho e saúde e; gestão do trabalho e educação em saúde; com o estabelecimento de novas investigações que possam contribuir com a redução dos diferentes graus de fragilidade e vulnerabilidade humana (BRASIL, 2018).

Em 2018, foram lançadas cinco recomendações *Choosing Wisely* da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), das quais duas destas são referentes à prevenção e controle de IH's no contexto da

UTI, a saber: 1) não usar ou manter antibióticos desnecessariamente e não utilizar ou manter dispositivos invasivos caso não haja critérios precisos de sua necessidade (AMIB, 2018).

Mediante o desejo pessoal por uma atuação no contexto intensivo visando o desenvolvimento de habilidades profissionais para prestar uma assistência humanizada e de qualidade bem como entender a complexidade e as amplas dimensões da atuação do profissional enfermeiro no contexto intensivo junto à equipe de enfermagem e equipe interdisciplinar visando o cuidado qualificado, seguro e sistematizado ao paciente intensivo, emergiram as seguintes questões de pesquisa que motivaram a construção desta investigação: qual o papel do enfermeiro na prevenção e controle de IH no contexto intensivo? Quais são as intervenções de enfermagem específicas para a prevenção e controle de IH?

Desse modo foi objeto desta investigação as intervenções de enfermagem para a prevenção e controle de IH na UTI. Os objetivos desta investigação foram: 1) Contextualizar as Infecções Hospitalares; 2) Descrever a implantação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e; 3) Apresentar as principais intervenções de Enfermagem para a prevenção e controle de infecções hospitalares na Unidade de Terapia Intensiva.

Esta investigação caracteriza-se como do tipo integrativa que inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica. A revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa utilizados na prática baseada em evidências que permite a incorporação das evidências na prática clínica e tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Assim, a construção desta revisão integrativa atendeu às seis etapas distintas, a saber: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados e 6) apresentação da síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A coleta de dados foi realizada pelo acesso on-line, no período entre fevereiro e maio de 2019, no Portal Regional da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), nas bases de dados *Scielo*, *Lilacs, Medline*, Banco de Dados em Enfermagem (Bdenf), com os termos de busca: “Enfermagem”, “Prevenção e Controle”, “Infecção Hospitalar” e “Unidades de Terapia Intensiva” de acordo com os Descritores em Ciências da

Saúde (DeCS), sendo utilizado o Operador *Booleano* AND e como recurso de pesquisa às opções: texto completo - disponível, limite - humanos, idioma - português e tipo de documento - artigo original.

Foram incluídos no estudo os artigos científicos capazes de responder as questões de pesquisa, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2008 a 2019. Foram excluídos aqueles que não contribuíram para a discussão e alcance dos objetivos da investigação.

Para avaliação e seleção dos artigos inclusos, foi realizada a leitura do periódico na íntegra, por dois pesquisadores. Foram pré-selecionados 150 investigações sendo elegíveis 21 para integrar a revisão. A pesquisa ocorreu no período de fevereiro a maio de 2019.

2 DESENVOLVIMENTO

Visando a apresentação dos resultados encontrados com a síntese do conhecimento a respeito do objeto investigado, optou-se pela apresentação deste capítulo de forma estruturada em: contextualização das infecções hospitalares; serviço de controle de infecção hospitalar e seus contornos éticos e legais; processo trabalho do enfermeiro intensivista e medidas de prevenção e controle de infecções hospitalares.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

As infecções hospitalares aumentam o custo com procedimentos diagnósticos terapêuticos, uma maior utilização dos leitos hospitalares, além de repercutir nas relações sociais e econômicas do paciente, e elevar as taxas de morbimortalidade. Nesse contexto, a UTI constitui um importante foco de atenção relacionada às práticas assistenciais por representarem-se como o cenário responsável por em média 20 a 30% de todas as infecções notificadas no âmbito hospitalar (VERAS et al.,2015).

A infecção é uma manifestação frequente nos pacientes graves, internados na UTI que pode ter origem comunitária, isto é, já presente ou incubada na época da admissão hospitalar ou nosocomial definida pelo aparecimento dos sinais e sintomas após quarenta e oito (48) horas de internação. As infecções nosocomiais são classificadas em precoces, quando surgem nas primeiras noventa e seis (96) horas de internação, ou tardias, quando, geralmente, está envolvido um processo de colonização microbiana por patógenos hospitalares e surgem posteriormente enquanto sintomatologia clínica (SANTI; SANTOS, 2016).

Infecções comunitárias são caracterizadas pela constatação prévia à admissão do paciente no hospital ou ainda por confirmação de que a infecção já estava em processo de incubação antes da internação.

Para ser considerada infecção comunitária, é requisito ainda, que o paciente não possua registro recente de internação hospitalar (BRASIL, 1998).

As IH's com maior recorrência no contexto das UTI's são: a) Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), b) Infecção do Trato Urinário (ITU) associada ao uso de cateter vesical; c) infecção de corrente sanguínea por Cateter Venoso Central (CVC) e; d) Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) em pacientes no perioperatório (BRASIL, 2016).

As infecções respiratórias são responsáveis por afetar de 8 a 20% dos pacientes internados na UTI e aproximadamente 27% do total de pacientes submetidos à Ventilação Mecânica (VM) com relação direta ao tempo de duração desta modalidade ventilatória invasiva. O número de óbitos no mundo por infecção respiratória proveniente da VM varia de 20 a 50%, e pode chegar a 70% quando os agentes etiológicos são multirresistentes (KOCK et al., 2017).

Cabe mencionar que além da alta mortalidade, está infecção também ocasiona o prolongamento da hospitalização sendo a média estipulada de ±12 dias no tempo de internação intensiva com aumento significativo sobre os custos relacionados ao tratamento. A principal infecção respiratória que acomete os pacientes internados na UTI é a PAV, cujos motivos envolvem: a redução das defesas do paciente; o aumento das chances de inoculação de material contaminado nas vias aéreas; a presença de microrganismos resistentes a alguns antimicrobianos contidos no ambiente e no próprio paciente. Além disso, muitas vezes a própria doença de base favorece o surgimento da infecção respiratória (KOCK et al., 2017).

Dentre as diferentes formas de infecções prevalentes no contexto intensivo, à ITU é responsável por 35 a 45% do total de IH's intensivas. De modo geral pode-se concluir que, quanto maior o tempo de permanência do CVD ou até mesmo o Cateterismo Vesical de Alívio (CVA) com exposições repetidas, maiores serão as chances de colonização microbiana do trato urinário (OLIVEIRA; SILVA, 2010).

As principais causas de infeções da corrente sanguínea nosocomiais secundárias são decorrentes do uso de Cateteres Intravasculares (CIV), portas de entradas como lesões cutâneas ou cirúrgicas, ou ainda de origem urinária alta (acometimento infecioso de ureteres e estrutura renal sendo de aproximadamente de 17% das bacteremias sendo a mortalidade associada de até 10%). Embora a incidência de infecção da corrente sanguínea seja mais baixa que as outras IH como: PAV, ITU e a ISC, está possui sua importância devido a ser descrita como causa de substancial morbimortalidade no contexto intensivo (ANDRADE; FERNANDES, 2016).

O Staphylococcus Aureus é um dos agentes que mais causam ISC, cuja incidência varia de 20 a 30% do total de casos, cuja maior problemática envolve os danos e prejuízos no processo de cicatrização. Como principais causas da ISC têm-se: o ambiente em que o paciente se encontra sendo a UTI um dos cenários de maior vulnerabilidade; os procedimentos invasivos e cirúrgicos executados na pessoa assistida; a microbiota residente e transitória do paciente e sua resposta imunológica natural (PINA et al., 2010).

Cabe mencionar a possível ocorrência de grande variedade de sinais flogísticos e lesões cutâneas nos pacientes intensivos que também podem configurar-se como um foco infeccioso. Estas ocorrências são relacionadas à restrita mobilidade dos pacientes, a contínua monitorização, as diferentes técnicas invasivas e não invasivas realizadas, seu estado nutricional, retenção hídrica, quadro clínico e instabilidade hemodinâmica (AMORIM et al., 2010).

Pode-se acrescentar ainda como fatores predisponentes a ocorrência de infecções: alterações no nível de consciência, deficiências imunológicas, presença de comorbidades e uso de drogas indispensáveis para a terapêutica intensiva (hipotensores, corticoides, sedativos e as catecolaminas) (MOREIRA et al.,2009).

Os diferentes tipos de IH's podem ocasionar nos pacientes intensivos um quadro clínico conhecido como a Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), cujo diagnóstico é dado mediante a presença de taquicardia, taquipneia, hipertermia e leucocitose (TANIGUCHI et al., 2017).

O novo conceito de sepse refere-se a presença de disfunção orgânica ameaçadora à vida secundária à resposta desregulada do organismo à infecção. Esta resposta do organismo à infeção ou SIRS pode ainda atingir uma fase de exacerbação dos sinais e sintomas com drástico aumento dos riscos de vida e caracterizar uma fase de choque (MACHADO et al., 2016).

Segundo dados do Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS), 25% dos leitos de UTI no Brasil são ocupados por pacientes com sepse, sendo que o último levantamento realizado em 2014 evidenciou uma mortalidade de 30% por sepse e 55% no choque séptico (IBSP, 2019).

O choque séptico pode ser compreendido como o período de acentuadas anormalidades clínicas a níveis moleculares, celulares e sistêmicos de forma generalizada a partir de um foco infeccioso, em estado de gravidade capaz de resultar em óbito do paciente se não forem tomadas medidas terapêuticas imediatas a partir dos seus critérios diagnósticos e protocolos. Os critérios diagnósticos do choque séptico ou septicemia incluem: a necessidade do uso de fármacos vasopressores para

manter a Pressão Arterial Média (PAM ≥65mmHg) após a ineficácia de resposta à reposição volêmica associada a níveis séricos de lactato ≥2 mmol/L (MACHADO et al., 2016).

As principais causas da septicemia incluem: o aumento da população idosa, o aumento das doenças debilitantes e a utilização de técnicas invasivas na UTI (cateteres vasculares de inserção central e tubos), sendo este último o fator mais preponderante no desenvolvimento desse tipo de infecção (NETO, 2011).

Mediante a contextualização apresentada referente as IH's e seu potencial risco de sepse, faz-se necessário uma compreensão a respeito do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), conforme apresentado a seguir.

2.2 SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR E SEUS CONTORNOS ÉTICOS E LEGAIS

A importância das IH's e suas consequências para o contexto da saúde mundial geraram vários modelos, órgãos e sistemas responsáveis para prevenção e controle das mesmas. O modelo de prevenção e controle das infecções relacionadas à saúde teve início com a publicação da portaria 196 de 24 de junho de 1983 pelo MS, tornando-se obrigatório a todos os hospitais do país a criação e manutenção de Comissões de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) (BRASIL, 1983).

No intuito de melhorar a questão do controle das IH's, com a Lei n.9.341 de 6 de janeiro de 1997 passou a ser exigência legal a criação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) pelas instituições hospitalares, definido como um conjunto de ações que visam a redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções hospitalares (BRASIL, 1997).

No Brasil, a Portaria do MS n° 2616/98 define como PCIH um conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. Porém, o que se busca na implementação de um PCIH não é somente uma redução estatística das taxas de IH, mas também, a possibilidade de qualificar a assistência prestada, respeitando, tanto o trabalho do controlador de IH, como dos demais profissionais envolvidos no processo e, principalmente, o paciente (BRASIL, 1998).

Não obstante, a obrigatoriedade da criação do PCIH foi a partir da Portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998 estabeleceram-se as recomendações para sua formação, no que se refere à estrutura e operacionalização. Esta portaria estabeleceu a criação de uma CCIH órgão de suporte à autoridade máxima da instituição e de elaboração e padronização das ações de controle de infecção hospitalar, ações estas que serão realizadas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) (BRASIL, 1998).

Compete ao CCIH elaborar, programar, manter e avaliar o PCIH adequando-o às características e necessidades da instituição; desenvolver ações de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, educação e treinamento das equipes e controle do uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares. Na condição de executor do PCIH o enfermeiro desempenha função fundamental na implementação de todas as medidas e mudanças necessárias ao controle da IH (DUTRA et al., 2015).

Segundo a mesma portaria, a CCIH deverá ser composta por diferentes serviços como enfermagem, médico, administração, microbiologia e farmácia, mas dependendo da quantidade de leitos que existe no hospital (≤70 leitos) os membros consultores poderão ser apenas dos serviços médico e de enfermagem (BRASIL, 1998).

Já a equipe mínima do SCIH exigida por lei são dois profissionais de nível superior sendo um obrigatoriamente o Enfermeiro. Além da questão da estrutura está portaria também define e recomenda processo de trabalho a ser realizado pelo PCIH, tendo como principal ação a vigilância epidemiológica (BRASIL, 1998).

Outra iniciativa importante no que tange o controle das IH's foi à aprovação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) no ano de 2000, da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n° 48 de 02 de junho de 2000, que é um roteiro de inspeção específico do PCIH a ser realizado pelas 17 autoridades da vigilância sanitária (BRASIL, 2000).

Com o objetivo geral de reduzir, em âmbito nacional, a incidência de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e resistência microbiana a Anvisa publicou no ano de 2012, Portaria nº 1218, que partir de janeiro de 2014, todos os serviços de saúde que possuem UTI, obrigatoriamente, devem notificar mensalmente à Anvisa sobre seus dados referentes à infecção primária de corrente sanguínea associada a um cateter venoso central e infecção em cirurgia (SANTOS et al., 2016).

Ressalta-se ainda que o PCIH é ainda considerado a principal e mais reconhecida alternativa para o estabelecimento de ações de controle e prevenção de IH (SILVA, 2010). Diante do constructo, ético, normativo e legal apresentado a respeito do controle de infecção hospitalar apresentado, faz-se necessário refletir sobre o processo de trabalho do enfermeiro intensivista e as medidas de prevenção e controle de infecções hospitalares.

2.3 PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA E MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES

O Enfermeiro intensivista possui uma série de atribuições, entre elas destacam-se: a supervisão dos técnicos em Enfermagem; a execução de anamnese e do exame físico; a prescrições de cuidados de enfermagem; o fornecimento de orientações e o manejo dos familiares e visitantes; execução de procedimentos de maior complexidade; assegurar a ética profissional; atuação interdisciplinar e assistência nas intercorrências; atuação nos processos de admissão, transferência, alta e óbito; tomada de decisão e condutas; liderança e gestão do setor, dentre outras atribuições (CENEDÉS et al.; 2012).

Compete ao enfermeiro ainda, a organização e gestão de recursos humanos e materiais necessários à prestação da assistência e cuidados intensivos a todos os pacientes. Para se obter o sucesso na prevenção de infecções hospitalares, é preciso que o enfermeiro esteja ciente de suas atribuições e, acima de tudo, esteja a frente na gestão setorial, equipe interdisciplinar, paciente, familiares e visitantes, visando a sincronia de ações em prol da prevenção e controle de infecções hospitalares (CENEDÉS et al., 2012).

A higienização das mãos em técnica recomendada pela Anvisa e com o produto apropriado tem que ser reforçada a todo o momento e a equipe deverá ser conscientizada da prática segura desta como uma necessidade a seguridade do paciente e dos profissionais envolvidos para a redução efetiva no número de infecções. Cabe ao Enfermeiro sua execução, orientação e supervisão para que seja feita antes e após qualquer procedimento, tendo como principal finalidade evitar a contaminação cruzada entre pacientes, profissional-paciente e entre ambiente-paciente (PRIMO et al., 2010).

O estudo de Cavalcante et al., (2016) aponta que nem todos os profissionais tem esse hábito, na premissa de que após a introdução da penicilina todas as infecções pudessem ser vencidas, esquecendo-se, entretanto, dos microrganismos resistentes, dos efeitos colaterais e adversos da terapia excessiva de antimicrobianos assim como de seus custos.

Sendo assim, as ações de controle e de prevenção destas infecções, o enfermeiro deverá, primeiramente, executar, orientar e supervisionar a técnica de higienização das mãos, a ser utilizada na profilaxia de qualquer infecção hospitalar (PRIMO et al., 2010).

Conhecer, monitorar e orientar sobre a VM também faz parte da ação do enfermeiro. É importante saber o tipo de ventilador, as modalidades de controle, os parâmetros de volume corrente e de

frequência respiratória, os índices de fração de inspiração de oxigênio, a relação inspiração/expiração, a umidificação e o funcionamento dos alarmes (SILVA et al.,2014).

O acúmulo de secreções na cavidade oral e no espaço subglótico, sobretudo, nos pacientes submetidos à VM, torna um ambiente propício para a colonização de micro-organismos, principalmente, as bactérias resistentes. A higienização e a aspiração das vias aéreas superiores e dispositivos ventilatórios devem ser prescritas de acordo com a necessidade de cada paciente. Quanto à higiene oral, o enfermeiro deverá observar, orientar e estar atento ao surgimento de possíveis alergias, irritações; lesões ou escurecimento transitório dos dentes como sinais de infeção (SILVA et al.,2014).

O enfermeiro também deve orientar a equipe que os circuitos e sistemas fechados deverão ser trocados sempre quando houver sujidade ou mau funcionamento, atentando-se sempre aos protocolos internos de padronização e recomendações periódicas de trocas conforme a Anvisa e fabricantes, sendo que, quanto aos umidificadores, recomenda-se a troca mínima entre cinco e sete dias (PADRÃO; MONTEIRO; MACIEL, 2010).

Outra ação que é de suma importância é o treinamento da equipe em relação aos diferentes tipos de infecções, a equipe de enfermagem precisa ser treinada e reciclada quanto a todos os procedimentos executados na UTI, e sua realização de forma asséptica. No tocante à prevenção de infecções de origem respiratórias ressaltam-se os cuidados com a VM, aspiração de secreções, higiene oral, trocas de circuitos, umidificadores e sistemas fechados, cuidados com o tubo endotraqueal, cânula orotraqueal e inaladores. Destarte, a educação continuada, é fundamental e tem grande impacto na redução das IH's e deverá envolver metodologias diversas, como: aulas, discussões e formas de Feedback (SILVA et al., 2014).

A presença de tubos e cânulas no paciente facilitam a colonização de micro-organismos, facilitando o desenvolvimento de pneumonia devido a diminuição do reflexo de tosse e acúmulo de secreções. A enfermagem deverá estar ciente da importância do manuseio estéril desses equipamentos e prevenir a extubação acidental pelo cliente/família. A reintubação está associada diretamente ao risco de infecções respiratórias pelo aumento do risco de aspiração de microrganismos da orofaringe para as vias aéreas baixas. A pressão do cuff do tubo orotraqueal ou da traqueostomia deve permanecer entre 20 a 25 cmH2O. Isto evita vazamentos de ar e aspiração de secreções que estão acima do balonete (KOCK et al., 2017).

O posicionamento adequado dos pacientes no leito, sendo a mais indicada é a posição da cabeceira elevada em 30 a 45º, conhecida como Fowler, uma vez que, manter o paciente desta forma diminui os riscos de aspiração pulmonar (KOCK et al., 2017).

Considerando o cateterismo vesical como o principal fator para o desenvolvimento de ITU é importante que o enfermeiro realize educação permanente com sua equipe, salientando algumas medidas preventivas, como: utilizar métodos alternativos de drenagem de urina (abrir torneira, bolsa de água morna sobre a região supra púbica, comadres e papagaios) de modo a reduzir o número de cateterismos de alívio; manter o cateter somente no tempo necessário; utilizar técnica estéril para a inserção da sondagem; garantir que a inserção, manutenção e remoção do dispositivo sejam realizadas pelo enfermeiro, conforme capacitação técnica e legal (LACERDA; PIRES, 2017).

Podemos salientar que as infecções urinárias e as bacteremias são infecções hospitalares frequentes, e formam o rompimento das defesas naturais do organismo pelo uso de dispositivos invasivos, como os CIV, principalmente os venosos, utilizados na UTI para a administração de medicamentos, sangue ou para monitoração de parâmetros fisiológicos de forma invasiva podendo estes serem de inserção periférica ou ainda central (LACERDA; PIRES, 2017).

Durante a cateterização prolongada, as conexões dos cateteres são manipuladas diversas vezes, o que aumenta possibilidade do desenvolvimento de uma infecção da corrente sanguínea decorrente da colonização. Portanto, o excesso de manipulação do CVC aumenta significativamente o risco de infecção da corrente sanguínea, ressalta-se como cuidados a menor manipulação, troca de dispositivos dos circuitos como: equipos, conectores, extensores, torneirinhas a cada 72 horas, ou antes, se necessário (PADRÃO, 2010).

É importante que o enfermeiro realize as orientações à equipe que a cobertura do cateter venoso periférico, que deverá ser trocada sempre na presença de sujidade e que, durante o banho, o mesmo deverá ser protegido de preferência com plástico para que não acumule umidade e está aumente o risco de contaminação. Quanto aos CVC, ressalta-se a importância de que a troca do curativo seja realizada pelos enfermeiros em técnica estéril e preferencialmente sua cobertura seja realizada com a desinfecção com clorexidine alcoólica a 0,5% e curativo em filme transparente do tipo Tegaderm com uma frequência de troca mínima de até sete dias, desde que não sejam identificados sujidade, sangramento, descolamento ou sinais de flogose (BRASIL, 2017).

Quanto às ações do enfermeiro, o mesmo deverá executar, orientar e supervisionar a higienização das mãos da equipe, assegurando que todos os procedimentos executados no paciente sejam utilizados

técnicas assépticas (PRIMO et al., 2010), e orientar a equipe na redução da microbiota da pele do paciente através da desinfecção e banhos com sabonete líquido padronizado na instituição (PINA et al., 2010). Outras ações do Enfermeiro envolvem a execução, orientação, supervisão dos diferentes procedimentos intensivos, a educação permanente da em relação à disseminação de infecções; a orientação quanto à importância de medidas profiláticas; a prescrição de cuidados em relação ao curativo de Lesões por Pressão (LPP), cutâneas ou Feridas Operatórias (FO) em técnica estéril (NETO, 2011).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visando a prevenção e o controle de infecção hospitalar na unidade de terapia intensiva se faz necessário à colaboração de toda a equipe de saúde, sendo a equipe de enfermagem corresponsável por assegurar a utilização de técnicas asséptico-estéreis, e o enfermeiro devido ao seu perfil de liderança, responsabilidade sobre o gerenciamento do cuidado em saúde de forma integral no contexto intensivo, provimento de recursos humanos e materiais assim como a identificação de falhas e necessidade de treinamentos e educação continuada à equipe de saúde, enfermagem, paciente e até mesmo seus familiares e visitantes.

Ressalta-se a necessidade de constante capacitação dos profissionais envolvidos no cuidado intensivo frente à prevenção e controle de IH, tendo como princípio fundamental a ciência e a responsabilidade de que todos devem prezar pela vida do paciente, executando ações, cuidados e intervenções, livre de danos decorrentes de negligência, imperícia e imprudência.

Como limites desta investigação, reconhece-se o recorte de tempo realizado e a inclusão de apenas manuscritos em língua portuguesa, uma vez que, não foi possível realizar a cobertura de toda a literatura crítica existente, como fonte de dados para esta investigação. A proposta dos autores para futuras investigações refere-se à realização de pesquisas de campo envolvendo este objeto de investigação, tendo como motivadores os resultados apresentados neste estudo.

A contribuição dessa pesquisa foi demonstrar a importância de o enfermeiro esteja presente no planejamento e execução das diversas ações prevenção e controle das IH nos procedimentos cotidianos da prática clínica da equipe de enfermagem e de saúde.

REFERÊNCIAS

AMIB, Associação de Medicina Intensiva Brasileira. AMIB lança 5 recomendações do Choosing Wisely AMIB. 2018. Disponível em: <https://www.amib.org.br/noticia/nid/amib-lanca-5-recomendacoes-do-choosing-wisely-amib/>, Acesso em 27 abr. 2019.

AMORIM, P C.; BERNARDINA, D.L; CHEREGATTI, L.A;(Org). Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva, Martinari 2ª ed. São Paulo, 2010.p.425.

ANDRADE VLF, FERNANDES FAV. Prevenção da infeção do trato urinário associada ao cateterismo: estratégias na implementação de guidelines internacionais. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24: e2678. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0963-2678.pdf>,Acesso em 02 fev.2019.

BACKE, MTS.; ERDMANN LS; BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem, São Paulo, v.23, n.3, p.411-418, 2015.Disponível em: < http://rlae.eerp.usp.br/index/search>, Acesso em: 20 abr.2019.

BOTELHO L. L. R, CUNHA C. C. A, MACEDO M. O método da revisão integrativa nos estudos Organizacionais. Gestão e sociedade, 2011; 5(11): 121-36.

BRASIL. ANVISA Segurança do Paciente.2016. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/cursos-aulas-e-seminarios>, Acesso em 02 fev. 2019.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4++Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%AAncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>, Acesso em 03 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 196 de 24 de junho de 1983. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em:

<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1159>,Acesso em 02 abr. 2019.

BRASIL. Lei nº 9.431, de 06 de agosto de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9431.htm>, Acesso em: 09 abr.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998.

Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível

em:
<http//bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html>,Acesso em: 02 abr. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. RDC n. 48 de 02 de junho de 2000, Brasília, DF. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-n-48-2000>,Acesso em: 06 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html >, Acesso em: 02 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA. RDC nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>,Acesso em:10 mai.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde. Brasília -2018. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf >, Acesso em: 05 Abr. 2019.

CAVALCANTE, S. A.; ANJOS, P. P.; VANDESMET, S.C. L. Descoberta da penicilina e a resistência de microrganismos aos antimicrobianos. Mostra Científica em Biomedicina, v.1, n.01, jun.2016.Disponível em:
<http://publicacoesacademicas.fcrs.edu.br/index.php/mostrabiomedicina/article/view/804/72>Acesso em 30 mar.2019.

CENEDÉSI, GM.; BERNARDINO, E.; LACERDA, R.M.; LIMA, K. Funções desempenhadas pelo enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Rene, Fortaleza, v.13, n.1, p.92-102, 2012. Disponível em: <www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3776>,Acesso em 15 mar. 2019.

DUTRA, GG; COSTA M.P.; BOSENBECKER, E.O., LIMA, L.M.; SIQUEIRA, H.C.H E CECAGNO, D. Controle de infecção hospitalar: função do enfermeiro. Rev de Pesquisa Cuidado é fundamental online, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.2159-2168.Disponível em:

<https://www.redalyc.org/html/5057/505750945033/>,Acesso em 16 abr. 2019.

GASPAR, R.M.; BUSATO, R.C.; SEVERO, E. Prevalência de infecções hospitalares. Acta Scientiarum, Paraná, v.34, n.1, p.1-7, 2012.Disponível em: <file:///C:/Users/Principal/Downloads/8943-61154-1-PB%20(2).pdf>, Acesso em 21 jan. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. Sepse: os erros mais comuns no tratamento e diagnóstico, fev.2019. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/qualidade-assist/sepse-os-erros-mais-comuns-no-tratamento-e-diagnostico/>, Acesso em 13 abr.2019.

KOCK, S.K.; ROSA, C.B.; MARTIGNAGO, N.; MAURICI, R. Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM): incidência e desfecho clínico em uma unidade de terapia intensiva no sul de Santa Catarina. Arq. Catarin Med. Santa Catarina, v.46, n.1, p.02-11, 2017. Disponível em:

<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/248/135>, Acesso em 26 abr. 2019.

LACERDA, R.L.P.R.C.E.; PIRES, E.C.R. O cuidado de enfermagem na prevenção da infecção do trato urinário relacionado ao cateterismo vesical. Revista Brasileira de Ciências da Vida, Minas Gerais, n.4, v.5, p.20, dez.2017.Disponível em:

<http://jornal.faculdadecienciasdavida.com.br/index.php/RBCV/article/view/376 >,Acesso em 27 abr. 2019.

MACHADO FR, ASSUNÇÃO MSC, CAVALCANTI AB, JAPIASSÚ AM, AZEVEDO LCP, OLIVEIRA MC. Chegando a um consenso: vantagens e desvantagens do Sepsis 3 considerando países de recursos limitados. Rev Bras Ter Intensiva. 2016;28(4):361-365. Disponível em:

< http://www.rbti.org.br/artigo/detalhes/0103507X-28-4-1>, Acesso em 15 abr. 19.

MENDES, SDK; SILVEIRA, PCCR.; GALVÃO, MC. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Rev. Texto Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v.17, n.4,2008. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>, Acesso em 05 abr. 2019.

MOREIRA, RAN.; QUEIROZ, TA; ARAÚJO, MFM.; ARAÚJO, TM.; CAETANO, JA. Condutas de enfermeiros no tratamento de feridas numa unidade de terapia intensiva. Rev. Rene. Fortaleza. V.10,n.3 p.83-89, 2009. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4819>, Acesso em 19 abr. 2019.

NETO, J.M.R.; BARROS, M.A.A.; OLIVEIRA, M.F.; FONTES, W.D.; NÓBREGA, M.M.L. Assistência de Enfermagem a pacientes sépticos em unidade de terapia intensiva adulto. Facene/Famene, São Paulo, n. 2, v.9, p.17-26, 2011. Disponível em:

<file:///C:/Users/Principal/Documents/Enfermagem/Artigos/neto.pdf>, Acesso em 26 abr. 2019.

OLIVEIRA, C.C.A.; SILVA, O.C.A. Prevalência de infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora em pacientes de UTI. Rev Pesq Saúde, São Paulo, n.1, v.11, p.27-31, 2010. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/331/4021> Acesso em 25 abr. 2019.

PADRÃO, M.C.; MONTEIRO, M.L.; MACIEL, N.R. Prevalência de infecções hospitalares em unidade de terapia. Rev Bras Clin Med, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.125-128, 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/8943/pdf >, Acesso em 25 abr. 2019.

PINA, E.; FERREIRA, E.; MARQUES, A.; MATOS, B. Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Rev Port Saúde Pública, Lisboa v. Temático 10, p.27-39, 2010. Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-e-seguranca-do-X087090251089856>,.Acesso em 02 abr. 2019.

PRIMO, M.G.B.; RIBEIRO, L.C.M.; FIGUEIREDO, L.F.S.; SIRICO, S.C.A.; SOUZA, M.A. Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário. Rev. Eletr. Enfermagem, Goiás, v.12, n.2, p.266-271, 2010. Disponível em:

<https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a06.htm>,Acesso em 22 abr. 2019.

SANTI, S., E SANTOS, R. A prevalência da pneumonia nosocomial e sua relação com a doença periodontal: revisão de literatura. Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF, Passo Fundo, v.21, n.2, p.260- 266, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rfo.v21i2.5799>,Acesso em 16 mai.2019.

SANTOS, A.V.; SILVA, M.R.P.; CARVALHO, M.M; CARVALHO, L.R.B.C; MOURAS, M.E.B.E.; LANDIM, C.A.P., Perfil das infecções hospitalares nas unidades de terapia intensiva de um hospital de urgência. Rev enferm UFPE on line. Recife, 10(Supl. 1): p.194-201, jan. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Principal/Downloads/10940-23819-1-PB%20(2).pdf>, Acesso em 19 abr.2019.

SILVA, C. P. R; LACERDA, R.A. Proposta de avaliação de programas de controle de infecção hospitalar: validação das propriedades de medidas e diagnóstico parcial de conformidade em serviços de saúde do município de São Paulo. 2010. Escola de Enfermagem USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102011000100014&script=sci_abstract&tlng=pt> ,Acesso em 23 abr. 2019.

SILVA, G.S.; NASCIMENTO, P.R.E.; SALLES, K.R. Pneumonia associada à ventilação mecânica: discursos de profissionais acerca da prevenção. Esc. Anna Nery Rev Enf, Rio de Janeiro, v.18, n.2, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0290.pdf>, Acesso em 12 mai.2019.

SOUSA, L.F.A.; OLIVEIRA, B.L.; MOURA, B.E.M. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares causadas por procedimentos invasivos em unidade de terapia intensiva. Rev. Pre. Infec e Saúde, São Paulo, v.2, n.1-2 p.11-17, 2016. Disponível em:

<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6048/pdf>, Acesso em 26 fev.2019.

TANIGUCHI, U.L; PIRES, C.M.E; VIEIRA, M.J; AZEVEDO, P.C.L. Critérios para síndrome de resposta inflamatória sistêmica e predição de mortalidade hospitalar em pacientes críticos: estudo retrospectivo de coorte. Rev. bras. Ter. Intensiva, São Paulo 2017, vol.29, n.3, pp.317-324, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103507x.20170047>,Acesso em 15 abr. 19.

VERAS, A.S;SILVA,R.P;CARVALHO,M.M;CARVALHO,L.R.B;LANDIM,C.A.P. Perfil das infecções hospitalares nas unidades de terapia intensiva de um hospital de emergência. Rev.Enfermagem da UFPE online, v. 10, n. 1, p. 194-201, 2015. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10940>,Acesso em

12mai.2019.

Capítulo 3

10.37423/210704549

HIPOTERMIA TERAPÊUTICA PÓS-PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: ASSISTÊNCIA INTENSIVA DE ENFERMAGEM.

Osiele de Carvalho Petermann — *Centro Universitário Estácio Juiz de Fora, Brasil.*

Laércio Deleon de Melo — *Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.*

Camila Cristina Gregório de Assis — *Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.*

Fernanda Ferreira Krepker — *Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.*

Leone Mendes Dias — *Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.*

Felipe Eduardo Taroco — *Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, Brasil.*

Daniele Lúcia Silva Affonso — *Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, Brasil.*

Juliana da Silva Jeremias — *Celso Lisboa, Rio de Janeiro, Brasil*

Jéssica de Castro Santos — *Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.*

Agnes Alvarenga Rosendo — *Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, Brasil*

Resumo: Introdução: a Parada Cardiorrespiratória (PCR) requer atendimento rápido, imediato e preciso de uma equipe interdisciplinar treinada visando a otimização das possibilidades de sobrevida dos pacientes após manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), na qual a hipotermia terapêutica (HT) é uma das principais intervenções. Objetivo: descrever a assistência intensiva de enfermagem na indução da hipotermia terapêutica em pacientes pós-parada cardiorrespiratória. Metodologia: revisão bibliográfica cujos critérios de elegibilidade foram: artigos originais, indexados nas bases de dados eletrônicas, disponíveis online na íntegra, no idioma português, publicados no período entre 2009 e 2019, capazes de responder o objetivo desta investigação, sendo que do total de 89 artigos encontrados, sendo que 15 atendiam ao objetivo desta investigação. Desenvolvimento: dentre as finalidades da HT, tem-se a minimização do dano isquêmico cerebral produzido durante a anóxia induzida pela PCR, fato este que é justificado pela necessidade em se reduzir o metabolismo sistêmico e a demanda cerebral pelo consumo de oxigênio visando à otimização da restauração da perfusão cerebral. Considerações finais: a assistência intensiva de enfermagem na indução da HT em cuidados que visem qualidade e segurança ao paciente, na qual o enfermeiro necessita de atualizações constantes de seus conhecimentos técnico-científicos e habilidades práticas para a detecção os sinais de uma PCR, iniciar manobras de RCP. Dessa forma deve atuar junto à equipe interdisciplinar antes, durante e após uma parada cardiorrespiratória, iniciar a indução de hipotermia terapêutica, após estabilização do retorno da circulação espontânea e monitorar e presar por todos os cuidados necessários decorrentes desta terapia ou gravidade do paciente.

Palavras chave: Enfermagem; Hipotermia Induzida; Cuidados Críticos; Parada Cardíaca.

1 INTRODUÇÃO

O Centro de Terapia Intensiva (CTI) é uma área crítica direcionada a internação de pacientes graves, que necessitam de cuidados profissionais interdisciplinares especializados contínuos e ininterruptos somados a monitorização clínica e hemodinâmica. Este se subdivide em diferentes unidades hospitalares: Unidade de Terapia Intensiva (UTI), podendo ser - adulto, pediátrica, neonatal, neopediatrica e; unidades específicas à determinada clínica a exemplo das Coronarianas (UC) e Neurológicas (UN) (BRASIL, 2010).

Os pacientes intensivos são marcados por instabilidade em se quadro clínico que apesar de ampla tecnologia empregada e da assistência especializada, prevalecem altos índices de ocorrências de Parada Cardiorrespiratória (PCR), na qual a sobrevida pós-PCR; a reabilitação a *posteriori*; a possibilidade de alta da UTI; os níveis variados de sequelas neurológicas decorrentes da PCR assim como os índices de óbitos estão relacionados não apenas a condição clínica do paciente, mas também influenciado pelos cuidados imediatos realizados antes, durante e após uma PCR (AHA, 2020; SILVA et al., 2017).

A PCR requer atendimento rápido e eficiente, uma vez que a ausência de batimentos cardíacos e incursões respiratórias geram danos sistêmicos decorrentes da hipóxia com maior acometimento ao coração e cérebro. Estes cuidados incluem desde a detecção dos sinais de instabilidade da avaliação dos riscos de PCR, realização de medidas preventivas assim como às condutas imediatas de Reanimação Cardiopulmonar (RCP), conforme preconizado, somados aos cuidados de monitorização e terapia intensiva no período pós-PCR (GONZALES, 2013; Arreguy-Sena et al., 2020).

A *American Heart Association* destacou que pacientes adultos comatosos, após retorno a circulação espontânea no período pós-PCR, devem ser submetidos ao controle direcionado de Hipotermia Terapêutica (HT) mantida durante pelo menos 24h na temperatura entre 32 ºC e 36ºC (AHA, 2020). Apesar de seus efeitos neuroprotetores, a HT é um processo complexo que desencadeia efeitos fisiológicos diversos sobre os sistemas cardiovascular, circulatório, imunológico urinário e gastrointestinal (CORREA et al., 2018).

Ressalta-se como um dos cuidados imediatos no Pós-PCR, visando à otimização das condições neurológicas do paciente é a HT. Esta técnica visa à redução de danos neurológicos nos pacientes pós-PCR, promovendo a neuroproteção dos danos cerebrais decorrentes da hipoxemia fisiológica imediata pós-PCR (GONZALES, 2013).

A presente temática foi concebida ainda mediante a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) do Ministério da Saúde (MS), que possui como um dos eixos temáticos chaves o desenvolvimento de tecnologias e inovação em saúde como medidas prioritárias nos diferentes níveis de atenção a saúde (BRASIL, 2018).

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de que o enfermeiro e sua equipe mantenham vigilâncias contínuas constantes sobre o paciente submetido à HT, executando cuidados específicos para obtenção da melhora clínica, atendendo-se a sua individualidade e peculiaridades relacionadas à complexidade clínica do paciente em tratamento.

O estudo tem por justificativa a necessidade do tratamento intensivo, visto a demanda por cuidados críticos interdisciplinares, com uma equipe qualificada e empenhada em identificar qualquer tipo de variação indevida dos valores recomendados da HT, monitorar os efeitos fisiológicos esperados e intervir sobre os possíveis efeitos colaterais provenientes desta técnica que possam interferir sobre o prognóstico neurológico do paciente pós-PCR. Os cuidados intensivos de enfermagem em relação à HT em pacientes pós-PCR foram objeto desta investigação.

O objetivo do estudo foi descrever a assistência intensiva de enfermagem na indução da HT em pacientes pós-parada cardiorrespiratória.

A presente investigação caracteriza-se uma revisão integrativa da literatura científica que atendeu a seis etapas metodológicas, a saber: 1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) identificação dos artigos pré-selecionados e selecionados; 4) categorização das investigações selecionadas; 5) análise e interpretação dos resultados e 6) apresentação dos resultados e síntese do conhecimento (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

As questões de pesquisa que motivaram a construção desta investigação foram: qual o papel do enfermeiro em relação à HT? Quais são os cuidados de enfermagem específicos aos pacientes submetidos a esta terapia?

A segunda etapa envolveu o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão que foram: artigos originais, indexados nas bases de dados eletrônicas, disponíveis online na íntegra, no idioma português, publicados no período entre 2009 e 2019, capazes de responder o objetivo desta investigação.

A terceira etapa compreendeu a busca de artigos nas bases de dados por acesso on-line, no período de 01 de fevereiro a 31 de maio de 2019 via portal regional da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Base de Dados da Enfermagem (Bdenf) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), utilizando como palavras-chaves: "Hipotermia Terapêutica"; "Parada Cardíaca" e "Cuidados de Enfermagem" com auxílio do operador *Booleano* AND e como recurso de pesquisa às opções: texto completo - disponível; limites - humanos; idioma - português e; tipo de documento - artigo, deste modo foi possível identificar os diferentes artigos indexados em distintos periódicos.

Para avaliação e seleção dos artigos inclusos, foi realizada a leitura do periódico na íntegra, por dois pesquisadores; sendo que dos 29 artigos encontrados 15 destes foram inclusos e esta revisão. Foram excluídos aqueles que não contribuíram para a discussão e alcance do objetivo desta investigação assim como os artigos de revisão. A quarta etapa, categorização dos artigos inclusos ocorreu conforme os eixos temáticos pré-estabelecidos para o desenvolvimento do manuscrito.

A quinta etapa, análise e interpretação dos resultados envolveram a síntese e organização das informações de forma textual para que na sexta etapa fossem apresentados os resultados da revisão com a síntese do conhecimento conforme descrito no capítulo de desenvolvimento apresentado a seguir.

2 DESENVOLVIMENTO

A síntese do conhecimento a respeito do objeto de investigação foi apresentada de forma estruturada em três tópicos, a saber: 1) contextualização da PCR; 2) atendimento imediato ao paciente em PCR e 3) assistência intensiva de enfermagem aos pacientes no Período Pós-PCR.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

A PCR ocorre em sua maioria em pessoas adultas e do gênero masculino e entre as principais causas são a doença coronariana, sendo as isquemias responsáveis por 80% dos episódios de morte súbita; as doenças cardiovasculares, o choque séptico, Tromboembolismo Pulmonar (TEP), falência miocárdica e o trauma (AHA, 2020; MORAES et al., 2014).

A PCR, independentemente da causa possui morbimortalidade elevada, sendo a sobrevida ≤40%, se essa ocorrer no contexto intra-hospitalar, e ≤10% se ocorrer em nível ambulatorial, tendo ainda maiores índices se o contexto for o ambiente extra-hospitalar (PEREIRA, 2008). Estima-se uma

ocorrência de metade destes casos de PCR ocorrem em ambiente intra-hospitalar e outra metade em residências e locais de convívio humano (ROCHA et al., 2017).

A PCR intra-hospitalar possui valores registrados subnotificados que variam entre um e cinco eventos a cada 1.000 internações, ou 0.175 eventos/leito por ano. Registros quanto à sobrevivência até a alta hospitalar correspondente a 15% e 20% (variância de 0% a 42%) (NACER; BARBIERI, 2015).

O conceito de PCR é concebido como a cessação súbita da atividade elétrica cardíaca em pessoas que ainda existe alguma perspectiva de reabilitação das funções fisiológicas com reversão do quadro clínico que pode ser atingida ou não (AHA, 2020; ROCHA et al., 2017; CORREA et al., 2018).

Para Araújo S, Araújo I (2011) a PCR é uma condição súbita e repentina de deficiência absoluta de oxigenação tissular, seja por ineficácia circulatória ou por cessação da função respiratória e que independente da situação predisponente certamente ocorre danos celulares até mesmo em reduzido espaço de tempo. Nesta concepção pode-se dizer que ocorre uma parada cérebro-cardiorrespiratória mediante as condições de hipoxemia cerebral e esta ocorrência resulta em altos índices de óbito como desfecho final, relacionado às limitações e falhas assistenciais antes, durante ou no pós-PCR (IUNES, 2014).

Os principais fatores de risco para a PCR incluem a idade, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Meliitus (DM), dislipidemia, tabagismo, número de comorbidades em especial as doenças cardiovasculares e respiratórias e; histórico familiar (AHA, 2020; ROSA et al., 2016).

Os sinais de uma PCR incluem: inconsciência, ausência de respiração ou respiração agônica e ausência de pulso central, sendo este último o sinal determinante para identificação do quadro clínico. Estes sinais são explicados pela fisiopatologia da PCR, uma vez que, em decorrência da PCR ocorre à interrupção súbita da oxigenação dos órgãos, devido ao cessar da circulação sanguínea, e consequente morte celular por hipóxia (ROCHA et al., 2017).

A PCR em adultos no ambiente hospitalar apresenta como ritmos iniciais: Assistolia (39%); Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP = 37%); Taquicardia Ventricular Sem Pulso (TVSP = 24%) e Fibrilação Ventricular (FV = 23%) sendo que os ritmos de FV e TVPS possuem maiores taxas de sobrevida, sendo 36% e 37%, respectivamente (AHA, 2020).

A PCR é considerada pela Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia, como sendo uma das ocorrências clínicas de maior

emergência desta forma a agilidade no atendimento é fundamental, pois interfere diretamente sobre o prognóstico (BRASIL, 2013).

2.2 ATENDIMENTO IMEDIATO AO PACIENTE EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

A RCP refere-se ao conjunto de manobras realizadas em uma pessoa em PCR visando o retorno da circulação espontânea com o menor dano neurológico possível, cujo índice de sucesso está relacionado ao tempo entre a ocorrência da PCR e o início das manobras de RCP somados à fatores técnico-assistenciais: harmonia, sincronismo, capacitação e organização da equipe interdisciplinar (AHA, 2020).

O atendimento à PCR divide-se em duas modalidades: 1) Suporte Básico de Vida (SBV) na assistência extra-hospitalar, caracterizado por - compressões torácicas, rápidas e desfibrilação e 2) Suporte Avançado de Vida (SAV) no atendimento intra-hospitalar, que consiste na manutenção do SBV somados a administração de medicamentos, rápida identificação e tratamento das possíveis causas da PCR (AHA, 2020; ARREGUY-SENA et al., 2020).

O atendimento a PCR intra-hospitalar deve ser realizado por equipe interdisciplinar composta por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e fisioterapeuta em ambiente intensivo e deve seguir o algoritmo circular de PCR (**ANEXO 1**), conforme descrito pela AHA, 2018, 2020; ROSA et al., 2016).

Para que o atendimento da PCR seja realizado com êxito fazem-se necessária a utilização de algumas medidas como: o reconhecimento precoce da PCR, acionamento da equipe de emergência, aplicação de protocolos de uma RCP, desfibrilação e uso de medicamentos apropriados ao quadro" interligadas com o estado do paciente, treinamento e experiência da equipe de atendimento, somados a uma estrutura hospitalar mínima para a assistência adequada (PINHEIRO, SANTOS JÚNIOR, PINHEIRO, 2018).

Quando ocorre um quadro deste o Enfermeiro tende a ser o primeiro a acionar a equipe de atendimento imediato a PCR, iniciando as manobras de RCP. Para tanto estes profissionais necessitam estar preparados e atualizados, com habilidades técnicas, agilidade na tomada de decisões, análise de prioridades e estabelecimento de ações imediatas ao paciente na condição de uma PCR (AHA, 2020).

2.3 ASSISTÊNCIA INTENSIVA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES NO PERÍODO PÓS-PCR E NA INDUÇÃO DA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA

O ato de cuidar abarca atitudes humanas e a assistência ao indivíduo, à família ou a comunidade, envolvendo igualitariamente o relacionamento interpessoal, com base em valores humanísticos e em conhecimento científico. O cuidar do outro apresenta procedimentos em relação à cura. Contudo, mesmo com tal prática não seja prerrogativa de uma única profissão, a Enfermagem possui mais oportunidade de efetivação do cuidar, em virtude de serem os profissionais que passam às 24 horas do dia junto ao paciente (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

A arte de cuidar implica no relacionamento de atos que facilitam a melhoria da condição humana, este cuidado está associado às atividades que demandam habilidade, afeto e cuidado do profissional de enfermagem que precisam de comportamentos cognitivos e culturalmente apreendido, técnicas e processos que visam melhorar ou manter a saúde no viver ou no morrer (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

A atuação do enfermeiro na PCR implica na avaliação primária e no início das RCP, registrando as informações adequadamente de forma completa e detalhada, com necessidade de conhecimento, competência e disponibilidade desse profissional. Tais anotações precisam ser realizadas conforme a Lei do Exercício Profissional n. 7.498/86, sendo claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas, descrevendo as observações efetuadas e tratamentos ministrados ao cliente (FERNANDES, 2010; BRASIL, 1986).

Para que o tratamento seja adequado a equipe de enfermagem precisa ser composta por profissionais que ficam grande parte do tempo próximos ao paciente, saiba agir em situações de emergência como nos casos de PCR. Na equipe multidisciplinar a enfermagem é uma das mais consideradas, pois é responsável diretamente pelo ato de cuidar, por este motivo, 70% dos profissionais atuantes intra-hospitalar são profissionais de enfermagem (FERNANDES, 2010; PINHEIRO D; SANTOS JÚNIOR; PINHEIRO L, 2018).

Neste sentido o papel do enfermeiro está apto em cuidar da saúde decidindo pela colocação de via aérea avançada durante a Avaliação de SAV. Desta forma, a equipe de enfermagem é a que possui contato imediato com o paciente em PCR, para tanto este profissional precisa deter conhecimento e capacidade para avaliar a evolução da RCP e sua eficácia (FERNANDES, 2010).

Dentre os cuidados imediatos e interdisciplinares ao paciente no período pós-PCR tem-se o suporte cardiovascular, pulmonar e neurológico, cujas intervenções envolvem: monitorização intensiva clínica e hemodinâmica; ventilação mecânica; farmacoterapia com destaque para as correções hidroeletrolíticas e uso de drogas vasoativas a exemplo da amiodarona, adrenalina, tridil, noradrenalina, etc., conforme necessidade; intervenções coronárias percutâneas quando necessárias; indução a HT; exames laboratoriais e complementares conforme protocolo institucional (SILVA et al., 2016; BRASIL, 2013).

Cabe destaque especial dentre os cuidados com o paciente pós-PCR a indução da HT que pode ser classificada em: leve, quando a temperatura está entre 34º-32º; na moderada quando a variação da temperatura será de 32º-28º, e profunda onde a temperatura será abaixo de 28º (LEÃO et al., 2015).

A HT é uma redução controlada da temperatura central dos pacientes com objetivos terapêuticos pré-definidos, sendo que esta medida já é implementada no período intra-operatório de cirurgias cardíacas há mais de 50 anos em todo o mundo (FEITOSA-FILHO, 2009).

É necessário compreender que nas condutas de HT como intervenção pós-PCR, a temperatura devera ser monitorada com termômetro esofágico, cateter vesical ou cateter de artéria pulmonar, sendo estas medidas de controle térmico central de forma invasiva que apresenta maior confiabilidade e precisão. A aferição de forma não invasiva tradicional (axilar, oral, auricular, cutânea e retal) não são apropriadas, pois não refletem as mudanças térmicas a nível central do organismo humano (BRASIL, 2013).

Dentre as finalidades da HT, tem-se a minimização do dano isquêmico cerebral produzido durante a anóxia induzida pela PCR, fato este que é justificado pela necessidade em se reduzir o metabolismo sistêmico e a demanda cerebral pelo consumo de oxigênio visando à otimização da restauração da perfusão cerebral (FERREIRA; CORRÊA, 2018; MORAES et al., 2017). Evidencia-se ainda uma redução da mortalidade e do estado comatoso após recuperação da instabilidade hemodinâmica (OLIVEIRA, 2017).

A injúria cerebral refere-se a uma complicação no fluxo sanguíneo normal do cérebro que permanece inadequado por um período ≥5 minutos, contribuindo para o aumento da morbimortalidade em pacientes que se recuperam de uma PCR. Quando ocorre o retorno da circulação espontânea, sem o devido cuidado protetor da HT pode ocorrer à liberação de radicais e mediadores químicos relacionados à excitocidade como o gluconato que inibe a homeostase do cálcio dando início a um apoptose celular cerebral, condição esta que eleva os danos neurológicos (BRASIL, 2013).

As contraindicações da HT são: choque cardiogênico após o retorno da circulação espontânea, histórico de coagulopatias primárias e; gestantes (FEITOSA-FILHO, et al, 2009). As potencias complicações desta terapia incluem: pneumonia nasocomial, arritmias cardíacas, infecção de sepse, *status* epilépticos, resistência insulínica, hipertermia de rebote, coagulopatias, lesões cutâneas ou por pressão, queimaduras por frio e distúrbios eletrolíticos (FERREIRA; CORRÊA, 2018).

A presença do enfermeiro nos casos de HT é fundamental devido à participação deste em algumas etapas da HT, como a identificação, indução, monitorização, manutenção e reaquecimento. Para tanto é necessário que os profissionais de enfermagem envolvidos sejam minuciosos e assertivos pois se trata de uma terapia complexa (MORAIS et al, 2017).

Na HT aumenta a resistência insulínica, por este motivo é preciso que haja o monitoramento glicêmico mediante coleta de sangue venoso, pois a vasoconstrição cutânea pode alterar os resultados. A alimentação não é indicada nestes casos, devido ao retardo do esvaziamento gástrico nesses pacientes. Pode ocorrer também uma possível Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), bronco-aspirativa durante a PCR e/ou RCP, além da queda da imunidade associada à HT (SOUZA, 2013).

A enfermagem possui um importante papel na assistência prestada ao paciente submetido à HT, atuando com controle constante sobre seus parâmetros vitais, hidroeletrolíticos e hemodinâmicos, realização de procedimentos, administração de fármacos, exames e cuidados organizados de forma a evitar iatrogenias, ofertando ao paciente a possibilidade de obter uma adequada recuperação e sobrevida. A assistência de enfermagem ocorre de forma abrangente, iniciando no procedimento mais invasivo da alta complexidade até o suporte avançado de vida, como a simples aperto de mão, ou uma palavra de conforto dispensada a um familiar (SILVA JÚNIOR; NASCIMENTO, 2017).

Cabe mencionar ainda que durante as manobras de RCP é necessário que haja uma alternância entre as pessoas que executam as compressões torácicas em intervalo de 2min cada. Para que haja uma qualidade no RCP são precisas algumas manobras como: comprimir o tórax com força, numa profundidade de 5 cm, aguardando o retorno total deste numa frequência de compressões entre 100 a 120 comp/min; diminuir as interrupções nas compressões; evitar Hiperventilação (2 ventilações para cara 30 compressões) e a desfibrilação caso haja necessidade (AHA, 2018).

É preciso observar a medicação que será utilizada como adrenalina ou amiodarona que são medicações comumente utilizadas no atendimento às pessoas com PCR, que devem ser administradas pelo Enfermeiro. Destes medicamentos a adrenalina ou epinefrina é utilizada em todos os ritmos de

PCR, a amiodarona é utilizada como um antiarrítmico em situações onde ocorre a FV ou TV sem pulso que não respondeu a administração do choque. Cabe mencionar que não se recomenda mais o uso de sulfato de atropina (AHA, 2018; MORAIS; CARVALHO; CORREA, 2014).

Outros procedimentos de Enfermagem no período Pós-PCR que são de competência do Enfermeiro, envolvem: punção de acesso venoso periférico de grosso calibre até a punção de um cateter venoso central pelo médico; preparo de materiais e auxílio na Intubação Orotraqueal (IOT); a passagem de sondas nasoentérica ou sonda nasogastrica; instalação e fixação do termômetro esofágico; passagem do cateterismo vesical de demora, preparo e administração de DVA e sedativos em Bomba de Infusão Contínua (BIC), junto a equipe de enfermagem conforme prescrição; monitorização clínica e hemodinâmica do paciente, uma vez que, a HT desencadeia efeitos adversos importantes que podem comprometer o prognostico do paciente (CORREA et al., 2018).

A equipe de enfermagem irá conduzir o cuidado ao paciente assumindo a responsabilidade direta deste de forma contínua nas 24h, controlando seus sinais vitais, administrando-se os medicamentos, controle hidroeletrolítico, realizando exame físico direcionado, realizando-se os cuidados gerais de higiene e conforto e mantendo-se a HT e o reaquecimento do corpo conforme necessidade (LEÃO, 2015).

Há também os cuidados com a pele e extremidades do paciente evitando possíveis queimaduras devido ao uso de gelo, compressas frias, baixas temperaturas locais e hipoxemia periférica. Desta forma, ressalta-se a necessidade de uma vigilância assídua e permanente do paciente, assim como da identificação precoce de complicações associadas a HT, ações para prevenir complicações e desenvolver o raciocínio clinico necessário para o planejamento dos cuidados ao paciente durante esta terapia (CORREA et al., 2018).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência intensiva de enfermagem na indução da HT em pacientes Pós-PCR implica em cuidados que visem qualidade e segurança ao paciente, na qual o enfermeiro necessita de atualizações constantes de seus conhecimentos técnico-científicos e habilidades práticas para a detecção os sinais de uma PCR, iniciar manobras de RCP, atuar junto à equipe interdisciplinar antes, durante e após uma parada cardiorrespiratória, assim como iniciar a indução de hipotermia terapêutica, assim que o retorno circulatório estiver estabilizado, monitorar e presar todos os cuidados necessários decorrentes desta terapia ou gravidade do paciente.

Conclui-se que nos diferentes estudos encontrados nas bases de dados que a hipotermia é uma prática pouco citada pelos autores, visto seu alto custo, pouca disseminação do conhecimento a respeito desta prática e baixa implantação no Brasil, sendo restrita a hospitais de grande porte presentes nas capitais.

Como limites deste estudo reconhece-se o recorte de tempo escolhido, uma vez que não foram utilizadas todas as publicações existentes independente do tempo de publicação, assim como a inclusão dos artigos apenas na língua portuguesa, visto que a produção internacional se concentra em outros idiomas.

Tem-se como sugestão para futuras pesquisas verificar como a HT pode minimizar os danos causados no paciente pós-PCR, fazendo-se uma pesquisa de campo sobre a temática em uma unidade hospitalar que já possui esta prática terapêutica em sua rotina. A presente pesquisa contribui para a saúde e enfermagem ao identificar e descrever a importância e o impacto dos cuidados com o paciente pós PCR.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das Atualizações Focadas em Recomendações de 2018 da American Heart Association para RCP e ACE: Suporte Avançado de Vida Cardiovascular e Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Disponível em https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2018/10/2018-Focused-Updates_Highlights_PTBR.pdf. Acesso em 25.abril.19

AMERICAN HEART ASSOCIATION 2020. Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf Acessado em: 26 fev 2021.

ARAÚJO, S., ARAÚJO, I. E. M. Ressuscitação Cardiorrespiratória. Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: Medicina Intensiva. 3ª Parte. 34: 36-63, jan./mar. 2011. Disponível em

http://www.revistas.usp.br/rmrp/issue/view/64. Acesso em 16.mar.19

ARREGUY-SENA, C., DUTRA, H. S., MELO, L. D., PINTO, P. F., SOUZA, L. C., SPINDOLA, T. Double-blind clinical trial in the teaching-learning process of toracic compressions. Revista Recien. 2020; 10(30):12-23. DOI: https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.30.12-23

BOTELHO LLR, CUNHA CCA, MACEDO M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e sociedade, v. 5, 11 p. 121-136, 2011 Disponível em

https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220.Acesso em 03.maio.19

BRASIL. Arquivos brasileiros de Cardiologia: I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Disponível em http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Emergencia.pdf. Acesso em 11.maio.18

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010.

BRASIL. Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível

em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm. Acesso em 08.maio.19

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS. Brasília: MS, 2018. 26p. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf> Acesso em: 05 Abril. 19.

CORRÊA, L. V. O. et al. Hipotermia terapêutica: efeitos adversos, complicações e cuidados de enfermagem. Enferm. Foco. Brasília, v9, n4, p 55-59, 2018. Disponível em:

http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2136. Acesso em: 13mar 2019.

FEITOSA-FILHO, G. S. et al . Hipotermia terapêutica pós-reanimação cardiorrespiratória: evidências e aspectos práticos. Rev. bras. ter. intensiva. Rio de Janeiro, v 21, n 1, p 65-71, mar 2009. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2009000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun 2018.

FERNANDES, A. P.et al . Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo Utstein. Acta paul. enferm. São Paulo, v23, n6, p757-763, 2010. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 abr 2019.

FERREIRA, L. H. C.CORRÊA, A. .R.Complicações da hipotermia terapêutica pós-parada cardiorrespiratória: títulos diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionados. Rev Enf Puc Minas. Belo Horizonte, 2018. Disponível em:

http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/18823. Acesso em: 02 abr 2019.

GONZALEZ, M. M. et al. I diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: resumo executivo. Arq. Bras. Cardiol. Rio de Janeiro, v100, n2, p 105=113, 2013.

IUNES, F. M. Morte encefálica: cuidados de enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos na unidade de terapia intensiva. Artigo apresentado a cursos como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Enfermagem em UTI, sob a orientação do professor Max Pimenta. Salvador, 2014.

LEAO, R.N. et al . Hipotermia terapêutica após parada cardíaca: preditores de prognóstico. Rev. bras. ter. intensiva. Rio de Janeiro, v27, n 4, p 322-332, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2015000400322&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Maio 2019

MORAIS, D. A.; CARVALHO, D. V.; CORREA, A. R. Parada cardíaca extra-hospitalar: fatores determinantes da sobrevida imediata após manobras de ressuscitação cardiopulmonar. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v 22, n 4, p 562-568, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00562.pdf Acesso em 24 abr 2019.

MORAIS, J.M. ., et al. As atribuições do enfermeiro no processo de hipotermia terapêutica: revisão integrativa. Rev. Eletr. Evid & Enferm. v 1, n 2, p. 103-109, 2017. Disponível em https://revistaevidenciaenfermagem.com/_files/200000085-794da79c57/As%20atribui%C3%A7%C3%B5es%20do%20enfermeiro%20no%20processo%20de%20hipotermia%20terap%C3%AAutica%20revis%C3%A3o%20integrativa.pdf. Acesso em 25.abril.19

NACER, D. T.; BARBIERI, A. R.. Sobrevivência a parada cardiorrespiratória intra-hospitalar: revisão integrativa da literatura. Rev. Eletr. Enf. Goiânia, v 17, n 3, 2015 Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.30792. Acesso em: 01 abr 2019.

PEREIRA, J. C. R. G. Abordagem do paciente reanimado, pós-parada cardiorrespiratória. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo , v. 20, n. 2, p. 190-196, junho 2008 . Disponível

em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2019

PINHEIRO, D. B. S.; SANTOS JÚNIOR, E.B.; PINHEIRO, L. S. B. Parada cardiorrespiratória: vigilância, prevenção e cuidados após PCR. J. Res.: fundam. Care, São Paulo, v 10, n 2, p 577-584, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-0908.pdf. Acesso em: 03 abr 2019.

ROCHA, I. K. N.da, et al. Papel do Enfermeiro na hipotermia terapêutica em pacientes pós-parada cardiorrespiratória: Uma revisão integrativa. Artigo publicado em 2019. Disponível https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/5729/2172 Acesso em: 20.mar. 2019.

ROCHA, I. K.N.; GUIMARÃES, C. A. A.; OLIVEIRA, C. G. S.. Hipotermia terapêutica em pacientes pós-parada cardiorrespiratória: uma revisão integrativa. Ciências Biológicas e de Saúde Unit. [on line], v 4, n 2, out. 2017, Disponível em

<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/4605/2504> Acesso em: 14 mar 2019.

ROSA, S.A., et al. Paradoxo dos fatores de risco na ocorrência de parada cardiorrespiratória em pacientes com síndrome coronária aguda. Rev Bras Ter Intensiva. Rio de Janeiro, v 28, n 4, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n4/0103-507X-rbti-20160065.pdf. Acesso em: 21 mar 2019.

SILVA, J. R., MIRANDA, E,; NASCIMENTO, L. k. A hipotermia terapêutica na recuperação de pacientes pós parada cardiorrespiratória. Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX. [on line] v. 15, n. 1, 2017. Disponível em https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/917. Acesso em 06. maio.19

SILVA, A. B., et al. A hipotermia terapêutica e a análise dos seus benefícios em pacientes vítimas de parada cardiorrespiratória. Simpósio de TCC e Seminário de IC, 2016. Disponível em http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/b03aab73121df1f2e4cdd1c5b66859bc.pdf. Acesso em: 25 abr 2019.

SILVA, E. M.; NASCIMENTO, L. K.. A hipotermia terapêutica na recuperação de pacientes pós parada cardiorrespiratória. Revista Cultural e Científica do UNIFACEX. [on line], v 15, n 1, 2017. Disponível em https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/917. Acesso em: 02 abr 2019.

SILVA, R. S.; CAMPOS, A. E. R.; PEREIRA, Á.. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Esc Enferm USP. São Paulo, v 45, n 3, p 738-744, 2011. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em 23 mar 2019.

SOUZA, J. E.. Hipotermia terapêutica pós reanimação cardiorrespiratória: uma revisão bibliográfica. Revista Recien. São Paulo, v 2, n 8, p 25-35, 2013. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/download/54/105. Acesso em: 02 abr 2019.

Capítulo 4

10.37423/210704550

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS:VERTENTES DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA.

Joel Elias Pires de Souza — *Centro Universitário Estácio Juiz de Fora, Brasil.*

Laércio Deleon de Melo — *Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.*

Camila Cristina Gregório de Assis — *Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.*

Fernanda Ferreira Krepker — *Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.*

Leone Mendes Dias — *Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.*

Felipe Eduardo Taroco — *Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, Brasil.*

Daniele Lúcia Silva Affonso — *Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, Brasil.*

Juliana da Silva Jeremias — *Celso Lisboa, Rio de Janeiro, Brasil*

Jéssica de Castro Santos — *Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.*

Letícia da Silva Coelho — *Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.*

Resumo: Introdução: os cuidados paliativos estão sendo progressivamente incorporados à prática clínica e como objeto de investigação por diferentes profissionais de saúde na abordagem aos cuidados realizados durante o fim da vida. Objetivos: 1) Caracterizar o cuidado paliativo no doente terminal; 2) Identificar a avaliação multidimensional através da interdisciplinaridade e: 3) Descrever as vertentes de atuação do Enfermeiro intensivista na assistência ao paciente em cuidados paliativos. Metodologia: revisão de literatura do tipo integrativa. A coleta de dados realizada pelo acesso on-line, no período compreendido entre 2001 e 2019, no Portal Regional da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), com os descritores: "Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida", "Cuidados de Enfermagem" e "Unidade de Terapia Intensiva", de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foram encontrados 14 artigos compreendidos entre o recorte de tempo proposto sendo inclusos cinco destes na revisão após aplicados critérios de exclusão. Desenvolvimento: resultados apresentados de forma estruturada em: Tratamento paliativo e o doente terminal; equipe interdisciplinar paliativa na avaliação multidimensional e; planejamento dos cuidados de enfermagem ao paciente em tratamento paliativo. A atuação do enfermeiro intensivista na avaliação multidimensional em cuidados paliativos, implica em cuidados que visem qualidade e segurança ao paciente, na qual exige do enfermeiro, muito mais do que conhecimentos técnico-científicos, mas a compreensão a fundo de sua individualidade, a partir de um relacionamento interpessoal de valorização da pessoa humana. Considerações finais: cuidar para uma boa morte significa, sobretudo, promover conforto o qual pode ser resultante de práticas de cuidar em saúde e em enfermagem que conciliem racionalidade e sensibilidade assegurando a dignidade do paciente e sua família.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida; Cuidados de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

1.INTRODUÇÃO

No Brasil, os Cuidados Paliativos (CP) foram iniciados em 1980 e apresentaram um crescimento notório apenas a partir dos anos 2000, com a consolidação dos serviços já existentes, pioneiros e a criação de outros não menos importantes e desde então a cada dia surgem novas iniciativas em todo o país, mediante a mudança de perspectiva do olhar profissional de cuidar dos pacientes em suas necessidades de conforto e bem-estar quando a cura já não for uma possibilidade terapêutica (BRASIL, 2012).

Nas últimas décadas, agravou-se o envelhecimento populacional de forma progressiva de modo atrelado ao aumento da incidência de Doenças Crônicas Não-transmissíveis (DCNT's) e da prevalência do câncer. Em contrapartida, o avanço tecnológico alcançado principalmente a partir da segunda metade do século XX, associado ao desenvolvimento terapêutico, fez com que muitas doenças até recentemente consideradas de alta mortalidade adquirissem dimensão de cronicidade, proporcionando uma longevidade dos portadores de DCNT's (BRASIL, 2018).

No entanto, apesar dos avanços científicos e surgimento contínuo de novas evidências científicas, a morte continua sendo uma certeza, que ameaça o ideal de cura e preservação da vida, ideologia ainda impregnada na essência da equipe interdisciplinar de saúde. Os pacientes "fora de possibilidade de cura" acumulam-se nos hospitais, e recebe por vezes assistência inadequada, quase sempre focada na tentativa de cura, utilizando métodos invasivos, de alta tecnologia e elevados custos. Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre não percebem o sofrimento humano prolongado e tendem a manutenção da vida humana a base de equipamentos e intervenções, na maioria das vezes no contexto intensivo (BRASIL, 2012, D'ALESSANDRO et al., 2020).

Todavia, a internação na Unidade da Terapia Intensiva (UTI) é um período de grande aflição tanto para paciente quanto para família, com potencialidade de gerar impactos negativos na qualidade de vida. A gama de procedimentos invasivos, sondas, manipulações, barreiras de comunicação, perda da autonomia e aumento da dependência são situações de enfrentamento para o doente, tais mecanismos se tornando gatilhos para estresses físicos e psicológicos (AMIB, 2020).

Novas evidências científicas apontam para reflexões a respeito de condutas profissionais diante da mortalidade humana em busca do equilíbrio necessário entre o conhecimento científico e o humanismo, para resgatar a dignidade da vida e o direito de se morrer em paz (BRASIL, 2012; D'ALESSANDRO et al., 2020).

O enfermeiro por sua posição de liderança setorial e de sua equipe, proximidade estabelecida com o paciente, familiares e com todos os demais profissionais de saúde integrantes da equipe multidisciplinar e interdisciplinar; assume o papel de destaque na luta pela inversão do atual panorama dos cuidados oferecidos na tentativa de sensibilização e mudança na prática clínica que corrobore com a implantação de medidas concretas, como: criação de recursos específicos, melhoria dos cuidados oferecidos a partir dos recursos já existentes, formação de grupos de profissionais e educação da sociedade em geral (SANTOS et al., 2019).

O enfermeiro na condição de supervisão, gestão e liderança do processo de cuidar junto a sua equipe, apresenta-se como um elemento essencial na identificação e suprimento de demandas decorrentes da abordagem multidimensional em CP de modo a se atingir os aspectos físicos, psicológicos, sociais, familiares, religiosos e familiares que se aproximam do cuidado em totalidade (BRASIL, 2012) e do conceito ampliado de saúde, configurando-se assim num desafio a atuação do enfermeiro (BRASIL, 1990).

Mediante está demanda iminente, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu, na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), alguns eixos temáticos chaves no qual o objeto investigado correlaciona-se a abordagem das DCNT's, a saúde do idoso e a estruturação de programas e políticas públicas de saúde capazes de atenderem os diferentes graus de fragilidade, vulnerabilidade e sofrimento humano como prioritários nos diferentes níveis de atenção a saúde (BRASIL, 2018).
Desse modo, identificou-se a necessidade da realização desta investigação em busca de evidências científicas atualizadas a respeito da temática capaz de fornecerem subsídios a atuação do enfermeiro referente aos CP na terminalidade da vida. Diante do exposto, traçou-se, como objeto de estudo, a avaliação multidimensional em CP e suas vertentes de atuação do enfermeiro intensivista.

Foram objetivos desta investigação: 1) Caracterizar o cuidado paliativo no doente terminal; 2) Identificar a avaliação multidimensional através da interdisciplinaridade e: 3) Descrever as vertentes de atuação do enfermeiro intensivista na assistência ao paciente em CP.

Pesquisa de revisão de literatura do tipo integrativa que tem como finalidade reunir, e resumir o conhecimento científico, antes produzido sobre o tema investigado; avalia, sintetiza e busca nas evidências disponíveis a contribuição a respeito de um objeto de investigação (BOTELHO et al., 2011).

A construção desta revisão integrativa atendeu às seis etapas metodológicas, a saber: 1) Identificação da temática e seleção das questões de investigação; 2) Estabelecimento dos critérios de elegibilidade; 3) Identificação dos artigos pré-selecionados; 4) Categorização das investigações selecionadas; 5)

Análise com a interpretação dos resultados encontrados e; 6) Apresentação da síntese do conhecimento a partir da análise dos resultados (BOTELHO, CUNHA; MACEDO, 2011).

A coleta de dados foi realizada pelo acesso on-line, no período compreendido entre Fevereiro a Maio de 2019, no portal regional da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), com os descritores: "Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida", "Cuidados de Enfermagem" e "Unidade de Terapia Intensiva", de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo utilizado o Operador *Booleano* AND*,* nas bases de dados *SCIELO* e *LILACS* e como recurso de pesquisa às opções: texto completo - disponível, limite - humanos, idioma - português e tipo de documento - artigo.

Foram incluídos: artigos científicos, disponíveis online na íntegra, publicados entre 2001 e 2019, na língua portuguesa. Foram excluídas investigações que não responderam a questão de pesquisa ou com metodologia mal definida. Após leitura na íntegra dos 89 artigos encontrados por dois pesquisadores, foram elegíveis apenas cinco para integrar este estudo.

A categorização dos estudos selecionados por meio da elaboração e utilização de uma matriz de síntese permitiu a categorização e análise das informações, a formulação de uma biblioteca individual para posterior análise crítica dos dados, interpretação dos resultados, organização e tabulação de dados, com leitura minuciosa de cada artigo para extração das contribuições apresentadas em resposta ao objeto desta investigação. Após a síntese foi apresentada no desenvolvimento deste manuscrito.

2. DESENVOLVIMENTO

Diante da síntese do conhecimento científico foi possível apresentar os resultados em três categorias, a saber: 1) A cultura do tratamento paliativo seus contornos legais e o doente terminal; 2) Equipe interdisciplinar paliativa na avaliação multidimensional e; 3) Planejamento dos cuidados de enfermagem ao paciente em tratamento paliativo, conforme apresentados a seguir:

2.1 A CULTURA DO TRATAMENTO PALIATIVO, SEUS CONTORNOS LEGAIS E O DOENTE TERMINAL

Os CP atualmente apresentam-se em fase de crescente valorização, no qual muitos olhares por parte dos diferentes profissionais de saúde, gestores de instituições hospitalares, governo, pesquisadores e até mesmo a sociedade estão tornando-se mais direcionados, abertos e adeptas a se inserirem na cultura pelo tratamento paliativo (SANTOS, 2009).

Os cuidados profissionais, voltados aos pacientes em fase terminal, podem ser descritos a partir do termo "Cuidados Paliativos", ou ainda "Cuidado Paliativo" no singular, que teve sua origem no início da

década de 70 no Canadá, sendo o mesmo posteriormente adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em substituição à tradução aos termos: "Movimento Hospice", "*Hospice Care*" ou "cuidado do tipo *Hospice*" em alguns idiomas. Desde então este conceito e seus princípios vem sendo progressivamente incorporados à prática clínica e como objeto de investigação por diferentes profissionais de saúde na abordagem aos cuidados realizados durante o fim da vida (OMS, 2002).

"Paliativo", palavra derivada do vocabulário latino "*Pallium",* que significa manta ou coberta (OMS, 2002). Sendo assim o conceito do termo: "Cuidados Paliativos":

> "Abordagem que promove a qualidade de vida aos pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade de vida, atrás da prevenção e alivio do sofrimento; e requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual" (OMS, 2002).

Em 1969, *Elisabeth Kubler-Ross*, pioneira no tratamento de pacientes em fase terminal, deu o impulso para a criação de sistema de asilos específicos e métodos de acompanhamento para um paciente terminal (KÜBLER-ROSS, 1998). A publicação do livro "*On Death and Dying"* em 1969, *s*obre a morte e o processo de morrer foi considerado um marco definidor e de forte influência no contexto paliativista e trouxe novos rumos a partir do enriquecimento das dimensões conceituais envolvidas nos processos de morte e morrer (KÜBLER-ROSS, 1998).

Para *Kubler-Ross* 1998, os conceitos de morte e morrer foram assim diferidos: morte, enquanto um "substantivo" corresponde ao cessar da vida em sua totalidade, já o morrer "verbo" está relacionado ao processo de falecimento.

Os CP não se baseiam em protocolos e sim em princípios que regem a prática paliativista, a saber: a) promoção do alivio da dor e outros sintomas desagradáveis; b) afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural da vida; c) não prolongar, adiar ou acelerar o processo do morrer; d) oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver da forma mais ativa possível e com qualidade de vida (OMS, 2002).

Cabe mencionar que, além dos princípios dos CP previamente mencionados o luto é algo a ser valorizado e trabalhado. Este pode ser compreendido como um processo necessário e fundamental para preencher o vazio existencial deixado por qualquer perda significativa na vida das pessoas. Tais perdas podem estar correlacionadas a alguém próximo, familiar ou não, ou ainda, a algo considerado importante sendo este material ou imaterial, humano ou não (KÜBLER-ROSS, 1998).

Embora a morte seja a única certeza da humanidade, lidar com ela provoca uma dor intensa, gera um sentimento de revolta e traz um vazio interno profundo daqueles que vivenciam os processos de norte

e morrer. Ressalta-se a importância de se trabalhar o luto em todas as suas fases, apender a conviver com a ausência e a saudade e encarar todos os sentimentos que fazem parte desse processo. (SANTANA; DUTRA, 2019).

Kubler-Ross 1998, descreveu o processo de luto em cinco fases assim definidas: 1 - negação, que consiste na defesa psíquica, fazendo com que a pessoa comece a negar o problema, tentando achar outras maneiras de não aceitar a realidade sendo comum a tentativa em fugir do assunto; 2- raiva, a pessoa revolta-se com o mundo, se sente injustiçado e não se conforma por estar vivenciando tal situação; 3- barganha, a pessoa começa a negociar a sua cura, pode envolver processos espirituais e religiosos, o retorno de relações sociais abaladas ou perdidas, promessas, juramentos e o planejando ser uma pessoa melhor numa busca por refúgio; 4- depressão, a pessoa retira-se para seu mundo interno, trazendo para consigo a solidão por não ter feito tudo o que podia, se sentindo impotente diante da situação imposta e; 5- aceitação, o desespero e a angústia cessaram-se e a pessoa consegue enxergar a realidade em sua forma real e se torna apta a enfrentar de um ente querido ou mesmo a sua própria finitude.

A *tanatologia,* enquanto ciência da saúde, versa sobre o entendimento humano e científico a respeito do processo de morrer e do luto, e engloba as dimensões: biológicos, psicológicos, afetivos e sociais. Além do estudo do processo de morte e do luto, faz-se necessário ainda, que os profissionais compreendam de forma exata e conceitual os processos éticos e legais envolvidos referentes à eutanásia, distanasia e ortotanásia (BRASIL, 2012).

A palavra Eutanásia foi criada no séc. XVII pelo filósofo inglês *Francis Bacon*, ao descrever em sua obra "*Historia Vitae et Mortis*", como tratamento de primeira escolha para as doenças incuráveis. Na sua etimologia estão duas palavras gregas: "*Eu*", que significa bem ou boa, e "*Thanasia*", equivalente à morte. Atualmente, é entendida como uma prática para abreviar a vida humana, a fim de aliviar ou evitar sofrimento para os pacientes, a preocupação principal é com a qualidade de vida remanescente (FELIX et al., 2013).

Segundo o artigo 122 do Código Penal Brasileiro, a eutanásia é considerada um crime. Está é enquadrada como homicídio, quando a doença for considerada curável não se caracteriza como eutanásia e sim como um homicídio provocado. Só se é caracterizado como eutanásia "casos de sofrimento extremo, doença incurável ou estado terminal, movido pela compaixão ou piedade dos profissionais envolvidos" (BRASIL, 1940).

Cabe mencionar que o Código de Ética Médica Brasileiro apresenta todos os seus artigos referentes à temática posicionados de modo contrários à participação do médico na eutanásia e no suicídio assistido (BRASIL, 1988). Já o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), proíbe em seu artigo 74 que os profissionais promovam ou participem de prática destinada à antecipação a morte da pessoa (BRASIL, 2017).

A distanasia ou "obstinação terapêutica" é usada para indicar o prolongamento do processo de morrer, por meio de tratamento que apenas prolongue a vida biológica da pessoa, cujo foco não envolve a qualidade de vida e a manutenção de sua dignidade como prioridades; a intenção é de se aumentar o tempo de vida e de se instalar todos os recursos possíveis para prolongá-la ao máximo (FELIX et al., 2013).

Etimologicamente, ortotanásia significa: *"orto"* certo e *"thanatos"* morte, ou seja, "morte correta". Traduz-se em morte desejável, na qual não ocorre o prolongamento da vida artificialmente, através de procedimentos que acarretam aumento do sofrimento, o que altera o processo natural do morrer muitas das vezes mantendo este paciente numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI), fato este que só tende a prolongar o sofrimento dos familiares e pacientes (FELIX et al., 2013).

Na ortotanásia, a pessoa em estágio terminal é direcionada pela equipe interdisciplinar em seu cuidado para uma morte sem sofrimento, que dispensa a utilização de métodos desproporcionais de prolongamento da vida, tais como Ventilação Mecânica (VM) e demais procedimentos invasivos (FELIX et al., 2013).

A finalidade primordial da ortotanásia e dos CP é a de não promover o adiamento da morte, sem, entretanto, provocá-la; é evitar a utilização de procedimentos que aviltem a dignidade humana na finitude da vida. A pessoa fora de possiblidades terapêuticas ou em condições de terminalidade da vida possui o direito de morrer de forma digna diz respeito a uma morte natural, com humanização, sem que haja o prolongamento da vida e do sofrimento (OMS, 2002).

No que se concerne à temática é dever dos profissionais de enfermagem segundo o artigo 48 do CEPE: prestar assistência de enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo de nascer, viver, morrer e luto e ressalta em seu parágrafo único que "nos casos de doenças incuráveis e terminais com risco iminente de morte", em consonância com equipe multiprofissional, deve-se oferecer todos os CP disponíveis para assegurar conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitando-se a vontade da pessoa ou de seu representante legal (BRASIL, 2017).

A partir do exposto em relação à cultura paliativa e seus contornos legais, faz-se necessário uma equipe terapêutica interdisciplinar, capaz de assistir e cuidar do paciente em fase de terminalidade a partir de uma abordagem multidimensional que vise à promoção do bem estar e do conforto, aproximando-se do conceito ampliado de saúde.

2.2 EQUIPE INTERDISCIPLINAR PALIATIVA NA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL

Os CP referem-se a uma abordagem terapêutica que envolve uma equipe multidisciplinar treinada a realizar ações interdisciplinares, com vistas a identificar e reduzir problemas nas esferas: física; social e familiar; psicológica; religiosa e espiritual, conforme organograma de avaliação multidimensional apresentado no Manual de CP (**Anexo 01**) (BRASIL, 2012).

Ao se falar em atuação multidisciplinar com ações interdisciplinares, remete-se à relevância da definição de alguns conceitos. A multidisciplinaridade refere-se ao conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, sem que os profissionais envolvidos estabeleçam entre si relações efetivas nas dimensões técnicas e ou científica (BERTAZONE et al., 2016).

A interdisciplinaridade parte do pressuposto da integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os profissionais, é capaz de incorporar seus conhecimentos em um novo modo de se pensar e agir e influir positivamente para a criação de um novo cuidado em saúde, evitando-se a visão da individualidade e da fragmentação do cuidado (BERTAZONE et al., 2016; Melo et al., 2021).

As ações interdisciplinares têm como objetivo a obtenção de impactos favoráveis sobre os diferentes fatores identificados na avaliação multidimensional em CP (**Anexo 01**), por meio de uma abordagem integral aos indivíduos e famílias, intervindo com ações voltadas a realidade a qual são inseridos e promovam-se os princípios dos CP ao paciente e seus familiares (BRASIL, 2012).

Esta abordagem terapêutica orienta-se para o alívio da dor e do sofrimento, focando a pessoa doente e não a doença da pessoa, resgatando e revalorizando as relações interpessoais no processo de morrer, usando como métodos fundamentais à compaixão, a empatia, a humildade e a honestidade, acrescentando qualidade de vida aos dias que restam ao paciente e seus familiares, por meio de diversas estratégias de cuidar, dentre as quais destacam-se a comunicação terapêutica (BRITO et al., 2017).

A comunicação vai muito além das palavras e do conteúdo, pois contempla a escuta atenta, o olhar e a postura correta e indispensável para que se possa obter uma assistência pautada na humanização (FERNANDES et al., 2020), especialmente aos que se apresentam em estado terminal. Esta equipe deve

ser composta por Enfermeiro, Técnicos em enfermagem, Médico, Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional, Nutricionista, Fonoaudiólogo e Dentista (MCP, 2012).

A fim de se promover a integralidade paciente/família/equipe, trazendo consigo os diferentes aspectos da avaliação multidimensional (**Anexo 01**), e para que se alcance um resultado positivo, é necessário que cada um dos integrantes da equipe interdisciplinar saiba muito bem aquilo que é de sua área de competência e, além disso, saiba trabalhar com os outros profissionais das diferentes especialidades e áreas do conhecimento. Tendo em vista que a comunicação é a chave para o sucesso para um trabalho de qualidade, sabendo que as dificuldades interpessoais ou de áreas afins sejam empecilhos e obstáculos para que ocorra um trabalho conjunto (CARVALHO et al., 2012).

É crucial a integração precoce do CP aos cuidados intensivos, os cuidados de fim de vida (CFV), são prestados quando o objetivo curativo/restaurador não é atingido ou o cuidado vai em sentido contrário aos valores do paciente (AMIB, 2020). Sendo assim para Cook *et al*., (2015) com objetivo de otimização dos CFV em UTI tem sido realizado orientações e diretrizes pautadas no "3 *Wishes Project* (3WP)" estudo realizado sob o título "*Personalizing death in the intensive care unit: the 3 Wishes Project: a mixed-methods study*". Nesta pesquisa sendo detectado os anseios e desejos dos pacientes, familiares e equipe multidisciplinar, na perspectiva de humanização do meio onde o mesmo é inserido, como por exemplo com canções, realização de homenagens pessoais com momentos de descontração. O auxilio e incentivo as conexões familiares como visita de animais de estimação e chamadas de vídeo, rituais e observâncias como festas de aniversário e contribuição futura como doação de órgãos, o paciente e/ou familiares como voluntários no hospital, essas ações entre outras ajudam na otimização CFV e mudança de paradigmas no que diz a UTI (AMIB, 2020).

A elaboração de um plano avançado de cuidados consiste em um processo voluntario de comunicação e deliberação entre uma pessoa capaz e os multiprofissionais envolvidos na sua execução, sobre os valores, desejos e preferencias, em relação à assistência em saúde que este recebera como paciente, fundamentalmente nos momentos finais de sua vida: quanto mais precoce o início do Cuidado Paliativo, maior a possibilidade da elaboração de um plano avançado de cuidados consistente com respeito à autonomia do paciente, enquanto este ainda é capaz de exercê-la de forma plena (SMELTZER et al., 2008).

O enfermeiro, enquanto líder da equipe tem um papel importante na assistência ao paciente em CP, pois estão na linha de frente, afim de, promover assistência e qualidade e manter uma relação de

confiança entre todos os envolvidos (SILVA et al., 2015). A atuação do enfermeiro intensivista com base na avaliação multidimensional em CP, apresentado a seguir.

2.3 PLANEJAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM TRATAMENTO PALIATIVO.

Os cuidados de enfermagem ao paciente em tratamento paliativo podem ser planejados mediante avaliação e atuação multidimensional em seus quatro grandes aspectos (**Anexo 01**). O primeiro deles relacionados aos aspectos sociais e familiares tem como principal objetivo amparar o cuidador e familiar nas dimensões do processo de terminalidade e engloba: a viabilização do Enfermeiro da presença de maior número de familiares através da ampliação do horário de visitas e maior flexibilidade em relação ao revezamento entre os visitantes; a participação junto ao médico no comunicado do óbito; o fornecimento das orientações necessárias em relação à liberação do corpo e ao preenchimento do atestado de óbito pelo médico; acesso a funerária e quando necessário solicitar o auxílio do serviço social (ALBINI et al., 2019; BRASIL, 2012).

Em relação aos aspectos psicológicos, o enfermeiro atua nas vertentes de participação durante a abordagem interdisciplinar paliativa, esclarecimento de dúvidas existentes, criação do vínculo e empatia, escuta sensível, compressão das etapas de luto, encaminhamento e atuação junto ao serviço de psicologia conforme necessidade. Os objetivos da atuação do Enfermeiro sobre esta dimensão nos cuidados aos pacientes e familiares, são: ressignificar mágoas, medos e culpas, resgatar e reforçar mecanismos de enfrentamento, aceitação da morte, ressignificação da vida e prevenção do luto patológico (BRASIL, 2012).

Os suportes psicológico, espiritual e ao luto, são elementos-chave do tratamento paliativo. O estresse psicológico, em particular depressão, é prevalente em pacientes com DCNT’s em estágio de terminalidade e necessitam de diferentes cuidados e intervenções do enfermeiro visto sua proximidade e reconhecimento da individualidade e peculiaridades envolvidas em cada caso (SMELTZER et al., 2008).

Ao cuidar do paciente na terminalidade de sua vida, é primordial que se estabeleça uma comunicação efetiva entre o profissional e o paciente, principalmente a escuta; para o paciente assim como seus familiares e cuidadores, ser ouvido é imprescindível na relação interpessoal (MORITA et al., 2001; FERNANDES et al., 2020).

Em relação aos aspectos físicos, a atuação do enfermeiro junto à equipe interdisciplinar possui como objetivos o controle das causas dos sintomas, estabelecer medidas de conforto, não realizar procedimentos invasivos ou intervenções farmacológicas no intuito de prolongar a vida de forma artificial, abordagem multiprofissional, orientações ao familiar e a promoção de uma morte digna, pacífica e sem sofrimento (BRASIL, 2012).

Para a promoção do conforto e controle das causas e sintomas, cabe atenção especial o controle da dor; náuseas e vômitos, constipação ou diarreia; depressão ou ansiedade, confusão mental e insônia; oxigenoterapia; cuidados de higiene corporal e conforto; troca de curativos, dentre outros (BRASIL, 2012; SMELTZER et al., 2008).

Os aspectos religiosos e espirituais o enfermeiro deve compreender e respeitar as diferentes crenças e práticas religiosas, viabilizar visitas religiosas e práticas individuais de expressão; estimular sua espiritualidade, permitir a presença de objetos religiosos representativos no leito como bíblia, livros, imagens etc., quando necessário (BRASIL, 2012).

A espiritualidade desempenha um papel importante no enfrentamento de doenças graves e em estágio terminal. Paro o paciente está é capaz de trazer à tona o reconhecimento pessoal da existência de um ser divino que pode o ajudar e minimizar seu sofrimento (SMELTZER et al., 2008).

O cuidado que caracteriza o trabalho da enfermagem, deve ser uma experiência vivida com o objetivo de promover a humanização, a recuperação da saúde, uma melhor qualidade de vida dos pacientes e para aqueles fora de possibilidade terapêutica a promoção de uma morte digna, devem ser priorizados e considerados em sua plena humanidade (COSTERANO et al., 2001).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação multidimensional em CP vertentes de atuação do enfermeiro intensivista, implica em cuidados que visem qualidade e segurança ao paciente, na qual exige do enfermeiro, muito mais do que conhecimentos técnico-científicos, mas a compreensão a fundo de sua individualidade, a partir de um relacionamento interpessoal de valorização da pessoa humana contribuindo, consequentemente, com o processo de humanização dos CP.

O enfermeiro precisa se conscientizar que através de ações sistematizadas apropriadas para o paciente sem possibilidades de cura, será possível oferecer um tratamento de qualidade. Concluiu-se que cuidar para uma boa morte significa, sobretudo, promover conforto o qual pode ser resultante de práticas de cuidar em saúde e em enfermagem que conciliem racionalidade e sensibilidade assegurando a

dignidade do paciente e sua família a partido do atendimento dos quatro grupos de aspectos envolvidos e captados a partir da avaliação multidimensional.

O campo de análise com base no cuidar para uma boa morte ainda está em fase estrutural e o aprofundamento em novas pesquisas de campo poderá ampliar os horizontes dos CP, logo, com base na análise dos resultados apresentados nesta revisão, conclui-se que foi possível constatar a importância e a relevância desta temática como subsídios a criação de futuras investigações de modo a contribuir com a formação de conhecimento científico a fim de ampliar as discussões acerca dos CP direcionados aos pacientes em fase terminal.

REFERENCIAS

ALBINI, L.; LABRONICI, L.M.; PALÚ, L. A. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Revista UFPR, 2004. Disponível em:

https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1703/1411. Acesso em: 22 Abr. 2019.

AMIB-Associação de Medicina Intensiva Brasileira – Impacto do 3 Wishes Project (3WP) nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs)-Comitê Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos AMIB. Artigos comentados e casos clínicos 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/10/Artigo_Comentado_Comite_Cuidados_Paliativos_Fev20.pdf Acesso em: 26 Jul.2021.

AMIB-Associação de Medicina Intensiva Brasileira – Os efeitos benéficos para a família da flexibilização do horário de visitas da UTI. Comitê Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativo AMIB. Artigos comentados e casos clínicos 2020. Disponível em:

https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/junho/17/Artigo_Comentado_-_Comite_de_Cuidados_Paliativos_Jun20.pdf /. Acesso em: 26 Jul.2021.

BERTAZONE, A. Ações multidisciplinares/interdisciplinares no cuidado ao idoso com Doença de Alzheimer. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste 2013. p. 144-153.

BOTELHO, R; CUNHA, A; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e sociedade, 2011. p. 121-36.

BRASIL, Art. 122 do Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940. Dispõe sobre o Código Penal Brasileiro. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10625219/artigo-122-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940. Acesso em: 05 Abr. 2019.

BRASIL, OMS. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. Revista Cancerol, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/gestao_da_qualidade.pdf. Acesso em: 23 fev. 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 22 Abr. 2019.

BRASIL. Decreto Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 05 Abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia – Brasília: MS, 2018. 26p.: il. ISBN 978-85-334-2680-1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf> Acesso em: 05 Abril. 2019.

BRITO, M.; COUTINHO, F. Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online 2017. p. 215-221.

BRASIL. Manual de Cuidados Paliativos. ANCP 2012. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf. Acesso em: 23 fev. 2019.

COSTENARO, R. G. S. (Org.). Cuidando em enfermagem: pesquisa e reflexões. Santa Maria. UNIFRA, 2001. Disponível em: https://www.portalenf.com/wp-content/uploads/edd/2014/03/1703-3548-1-PB.pdf. Acesso em: 23 fev. 2019.

COOK. D, Swinton M, Toledo F, Clarke F, Rose T, Hand-Breckenridge T, Boyle A, Woods A, Zytaruk N, Heels-Ansdell D, Sheppard R. Personalizing death in the intensive care unit: the 3 Wishes Project: a mixed-methods study. Ann Intern Med. 2015 Aug 18;163(4):271-9. doi: 10.7326/M15-0502. Acesso em: 27 Jul. 2021.

D'ALESSANDRO, M. P. S., PIRES, C. T., FORTE, D. N., et al. Manual de Cuidados Paliativos. -São Paulo: Hospital Sírio Libanês / MS; 2020. 175p. Acesso em: 30 Abril 2021. Disponível em: https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final.pdf

DINIZ, M. O estado atual do biodireito. 5 ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

FELIX, C; COSTA D; ALVES, M; ANDRADE, D; DUARTE, S; BRITO, D. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. Ciência & saúde coletiva, 2013. p.2733-2746.

FERNANDES, R. O. M., OLIVEIRA, E. M., LIMA, A. K. N. L., SOUZA, L. C., MELO, L. D; SPINDOLA, T et al., 2020. Nurses' perceptions of interpersonal relationships in outpatient nursing care. Enfermagem Brasil 2020;19(4):302-309. DOI: https://doi.org/10.33233/eb.v19i4.3992

KÜBLER-ROSS, E. A morte: um amanhecer. São Paulo: Pensamento, 1991.

KÜBLER-ROSS, E. A roda da vida: memórias do viver e do morrer. Rio de Janeiro: GMT, 1998.

KÜBLER-ROSS, E. Morte – estágio final da evolução. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1975.

KÜBLER-ROSS, E. Sobre a Morte e o Morrer. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1969.

LAKATOS, E. Fundamentos de metodologia científica. 3. ed. SP: Atlas, 1991.

MELO, L. D., SOUZA, A. A. G., MAGALHÃES, D. M., et al. Anxiety of family members of children with heart disease in the preoperative phase: Reflections on the role of nurses. Research, Society and Development, v.10, n.5, p. e16210514882, 2021b. Acesso em: 25 Abril 2021. Doi: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14882

MENDES E SILVEIRA et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Florianópolis: Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4): 758-64.

MORITA, T. et al. Capacidade de comunicação e escala de angustia e agitação para medir a gravidade do delirium em pacientes com câncer em fase terminal: um estudo de validação. Med. Paliativa, v 15. 2001, p. 197-206.

RODRIGUES E COSTA, et al. Sofrimento moral dos filhos, em determinadas situações de vida, em unidades de terapia intensiva. UFPE,2017. Disponível em:

https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234492/27693. Acesso em: 18 fev. 2019.

SANTANA E DUTRA et al.Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. Rev. Bioética, 2017. Disponível em:

http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1308/1627 Acesso em: 18

fev. 2019.

SANTOS E OLIVEIRA et al.Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativo. Acta Paul Enferm. 2016.Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n4/1982-0194-ape-29-04-0363.pdf Acesso em: 18 fev. 2019.

SANTOS FILHO, C. Avaliação do grau de conhecimento acerca de cuidados paliativos dos médicos e enfermeiros/Doctor and nurses knowledge evaluation about paleative care. Brazilian Journal of Health Review, 2019. v. 2, n. 2, p. 1313-1322.

SILVA E PEREIRA et al.Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0040.pdf. EEAN, 2015. Acesso em: 18 fev. 2019.

SILVA, C. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a04v60n2.pdf. REBEn, 2007.Acesso em: 23 fev. 2019.

SMELTZER, S. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de enfermagem Acta Paul Enferm. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a04v19n2.pdf. Acesso em: 18 fev. 2019.

VALENTE E FONSECA et al. Conforto familiar a um parente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17597. Rev.Baiana de Enferm, 2017 Acesso em: 18 fev. 2019.

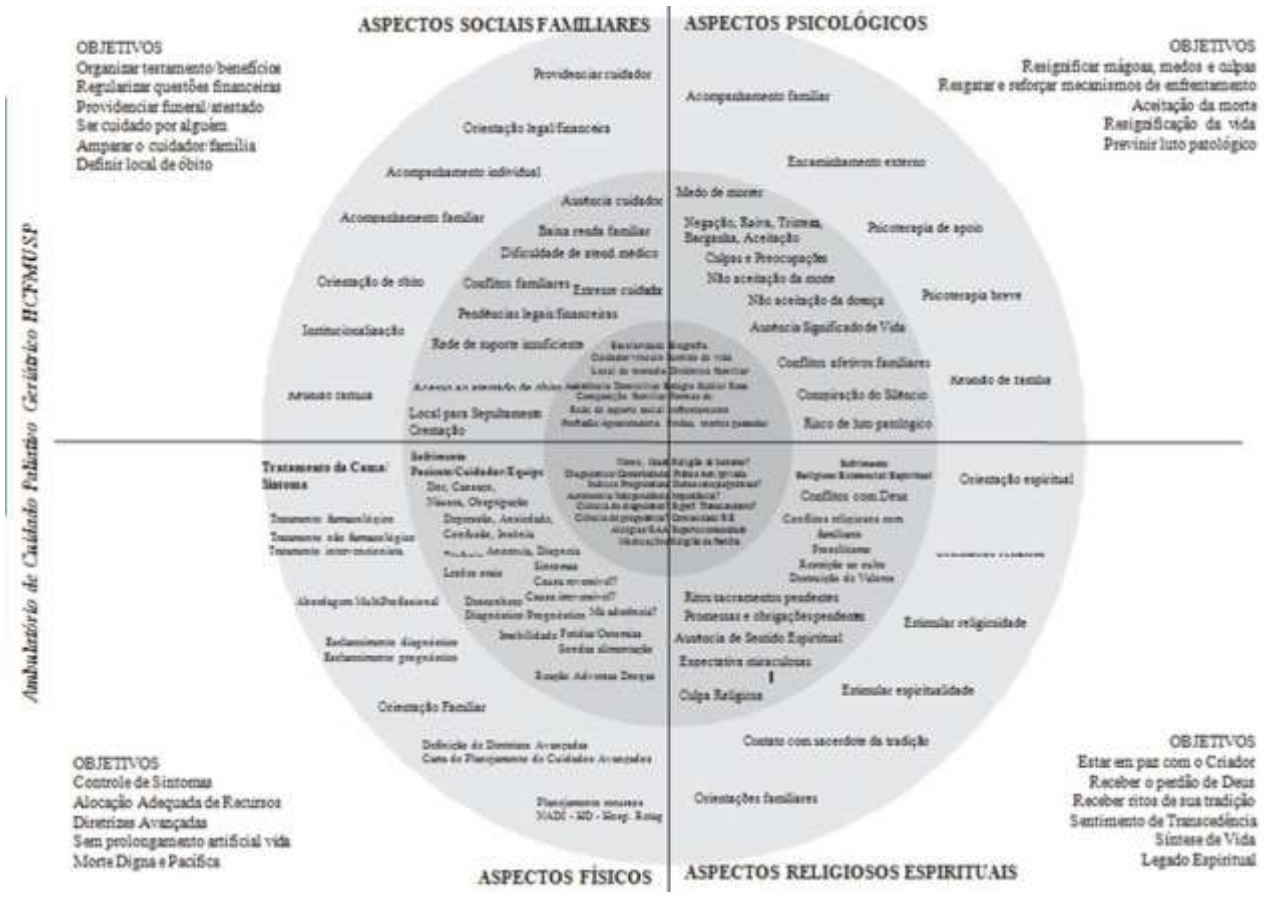
APÊNDICE

Apêndice 1: Artigos inclusos nesta revisão integrativa. Juiz de Fora, MG, Brasil, Junho/2019.

Autor e ano	Periódico	Título	Métodos	Objetivos
RODRIGUES E COSTA, et al., 2017	Rev. Enferm. UFPE online	Sofrimento moral dos filhos, em determinadas situações de vida, em unidades de terapia intensiva	Estudo qualitativo, do tipo descritivo. Foram entrevistados onze enfermeiros de uma instituição hospitalar. Os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo	Compreender as práticas exercidas pelos enfermeiros, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em situações de final de vida, e relacioná-las ao sofrimento moral.
SANTANA E DUTRA et al., 2017	Rev. Bioét.vol. 25.	Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros	Estudo qualitativo envolvendo entrevista com doze enfermeiros do curso de especialização lato sensu de enfermagem em UTI adulto, pediátrica de uma instituição hospitalar. Os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo	Compreender o significado do processo de morrer com dignidade em unidade de terapia intensiva na percepção dos enfermeiros.
VALENTE E FONSECA et al., 2017	Rev. Baiana de Enfermagem.	Conforto familiar a um parente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva;	Estudo quantitativo, de corte transversal, que entrevistou 98 familiares de pacientes adultos internados em um hospital público em Feira de Santana, Bahia, aplicando-se a Escala de Conforto para Familiares de Pessoas em Estado Crítico de Saúde (ECONF).	Verificar o nível de conforto de familiares com um membro em unidade de terapia intensiva
SANTOS E OLIVEIRA et al., 2016	Acta Paulista de Enfermagem	Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativo	Trata-se de um estudo transversal, descritivo, do tipo metodológico. Resultado do julgamento de 11 experts envolvidos na assistência e/ou docência.	Descrever o processo de validação de conteúdo de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos internados em Unidades de Terapia Intensiva.
SILVA E PEREIRA et al., 2015	Escola Anna Nery	Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista	Adotou-se o Interacionismo Simbólico como referencial teórico e a Análise de Conteúdo de Bardin como referencial metodológico para análise.	Conhecer o significado do cuidar em enfermagem para uma boa morte na perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista.

Nota: Conteúdo construído pelos autores no Software Microsoft® Office World® 2016.

Anexo 01: Organograma de Avaliação Multidimensional em Cuidados Paliativos. Juiz de Fora, MG, Brasil, Junho/2019.



Nota: Conteúdo extraído do Manual de Cuidados Paliativos 2012, p.43.

Capítulo 5

10.37423/210704551

PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DOADOR FALECIDO.

Luana Franco Fernandes Appell — *Centro Universitário Estácio Juiz de Fora, Brasil.*

Laércio Deleon de Melo — *Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.*

Camila Cristina Gregório de Assis — *Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.*

Fernanda Ferreira Krepker — *Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.*

Leone Mendes Dias — *Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.*

Felipe Eduardo Taroco — *Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, Brasil.*

Daniele Lúcia Silva Affonso — *Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, Brasil.*

Juliana da Silva Jeremias — *Celso Lisboa, Rio de Janeiro, Brasil*

Jéssica de Castro Santos — *Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.*

Yasmin Mendonça Campos — *Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, Brasil.*

Resumo: Introdução: o enfermeiro tem alcançado novas dimensões e se destacado no campo de captação e transplante de órgãos e tecidos. Devido a complexidade do processo, exige-se do profissional a competência e a habilidade para conduzir de forma minuciosa os cuidados ao Potencial Doador e a sua família. Objetivo: descrever os cuidados de enfermagem ao potencial doador em morte encefálica no processo de captação de órgãos e tecidos para transplantes. Metodologia: revisão de literatura do tipo integrativa. A coleta de dados foi realizada pelo acesso on-line, nos meses de fevereiro a maio de 2019, nas bases: *MEDLINE; SCIELO e LILACS*, com os descritores: "cuidados de enfermagem", "obtenção de tecidos e órgãos", "transplantes" e "morte encefálica", de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde. Desenvolvimento: é importante que os profissionais de enfermagem compreendam o falecido como alguém que exige cuidados como qualquer paciente independente do seu prognóstico, sendo através deste a oportunidade de ofertar a esperança, a qualidade de vida e muitas vezes a única chance de viver de um paciente em fila de espera por meio da doação. Cabe ao Enfermeiro atuar de forma precisa na manutenção dos órgãos e tecidos com o intuito de manter a perfusão e aperfeiçoar com eficácia o processo de captação e transplantes. Considerações finais: o enfermeiro desempenha um papel primordial na assistência ao doador falecido e a sua família, exercendo o suporte necessário em todas as etapas do diagnóstico de morte encefálica até a eventual captação de órgãos e tecidos para transplantes, assim como na gestão dos cuidados na manutenção do potencial doador falecido.

Palavras-chave: Obtenção de Tecidos e Órgãos; Morte Encefálica; Cuidados de Enfermagem; Doadores de Tecidos e Órgãos.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, apesar dos avanços tecnológicos, verifica-se um número significativo de pessoas que aguardam em fila de espera, na perspectiva de encontrar um órgão ou tecido para transplante com a finalidade de obterem melhoria na qualidade de vida e até mesmo a única oportunidade para viver. Desta forma, pode-se considerar que o transplante é um dos melhores recursos para tratamento de pacientes com falência orgânica, mediante das demais terapêuticas implementadas (MENDES et al., 2012).

Os programas de transplantes de órgãos e tecidos, no mundo, iniciaram-se ao final da década de 1940, em Paris, Londres, Edimburgo e Boston sem êxito. Apenas após o registro do primeiro transplante que obteve sucesso em 1954 em Boston, observou-se um contínuo desenvolvimento enquanto técnica e o vislumbramento desta como uma opção de tratamento de doenças em diferentes órgãos e tecidos após sua falência orgânica (ITNS, 2011).

A partir de 1965, o Brasil iniciou a prática de transplantes, cuja evolução no campo obteve propulsão ao final da década de 1970 com o desenvolvimento da ciclosporina (fármaco imunossupressor); Neste período houve um notório aumento no interesse e novos investimentos em relação aos transplantes; a criação e desenvolvimento de novas tecnologias, técnicas cirúrgicas, equipamentos e aprimoramento dos métodos de determinação de histocompatibilidade entre doador e receptor (ITNS, 2011; FREIRE et al., 2012).

Para que se pudesse avançar na prática de transplante de órgãos no Brasil, criou-se o Sistema Nacional de Transplante (SNT), a Central Nacional de Transplantes (CNT) e as Centrais Estaduais de Transplantes (CET) cujo propósito é: organizar o processo de captação, disposição e distribuição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento (BRASIL, 2017; SILVA et al., 2009). Vale ressaltar ainda, a importância da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT) na busca ativa aos potenciais doares (PD) conforme regulamentado pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 1262/2006 e 2.600/2009.

Como resultado destas iniciativas, o Brasil dispõe do maior programa público de transplantes do mundo que possui um aumento expressivo do número de transplantes a cada ano (taxa de transplantados atual é de 5,4 doadores por milhão de habitantes/ano) ainda insuficiente, porém em processo de ampliação (RAMOS et al., 2019).

Apesar dos progressos em relação aos transplantes, a sua insuficiência está justificada pela falta de notificação de novos casos de Morte Encefálica (ME) e possíveis falhas na manutenção e conservação do potencial doador em ME, sendo estes uns dos fatores que reduzem a efetividade do SNT. A padronização dos cuidados intensivos com o doador falecido está associada ao aumento da quantidade e qualidade dos órgãos que serão captados, uma vez que, a ME, resulta em múltiplos efeitos prejudiciais ao organismo como a instabilidade cardiovascular, distúrbios metabólicos e hipoperfusão tecidual que devem ser controlados (RAMOS et al., 2019).

Uma etapa importante para a doação refere-se à manutenção do corpo, que requer cuidados intensivos com o objetivo de se manter a adequada perfusão dos tecidos e órgãos para transplante. O objetivo final é que com a doação se aumente a sobrevida e se promova melhorias sobre a qualidade de vida de seus receptores (RAMOS et al., 2019).

Nessa perspectiva, evidencia-se a magnitude da qualificação contínua dos profissionais que participam do processo de captação, na busca de ações para minimizar a perda dos órgãos e tecidos. O objetivo é elevar o número de doadores e diminuir o sofrimento de pessoas que aguardam pelo procedimento através da otimização do número de receptores contemplados (MENDES et al., 2012).

Optou-se por abordar esse tema por atuar na área administrativa de uma instituição hospitalar e me deparei com os relatos em relação a recusa familiar quanto ao processo de doação. Este fato me despertou a curiosidade em saber quem eram os pacientes com diagnóstico de ME e quais os cuidados ofertados a este. Diante do exposto, foram elaboradas duas questões de pesquisa: como o enfermeiro está inserido no processo de captação de órgãos e tecidos para transplantes?

Quais os cuidados de enfermagem específicos ao potencial doador falecido? Sendo assim, o objeto desta investigação foi à inserção do Enfermeiro no processo de captação de órgãos e tecidos para transplantes e os cuidados de enfermagem na assistência ao potencial doador falecido.

Desse modo, os objetivos deste estudo foram apresentar a inserção do Enfermeiro no processo de captação de órgãos e tecidos para transplantes e descrever os principais cuidados de enfermagem ao potencial doador falecido.

Esta investigação caracteriza-se como uma metodologia de revisão de literatura do tipo integrativa. O processo caracterizado por um processo de busca, análise e descrição de um conjunto de conhecimentos em resposta a uma questão de pesquisa. Este percurso metodológico é uma alternativa para revisar e combinar evidências de metodologias diversificadas e integrar seus

resultados em prol de conclusões a respeito do objeto de investigação. A síntese de resultados encontrados pode ser direcionada à definição de conceitos, identificação de lacunas do conhecimento científico, revisão de teorias e análise metodológica de distintos estudos e objetos de pesquisa (BOTELHO et al., 2011).

Foram atendidas as seis etapas metodológicas, a saber: 1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) Elaboração de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; 3) Definição das informações a serem extraídas ou categorização dos estudos; 4) Análise dos dados (avaliação dos estudos incluídos na revisão);

5) interpretação dos resultados; e 6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento (BOTELHO et al., 2011).

A coleta de dados foi realizada pelo acesso on-line, nos meses de fevereiro a maio de 2019, nas bases: MEDLINE; SCIELO e LILACS, com os descritores: “cuidados de enfermagem”, “Obtenção de órgãos e tecidos”, “Morte Encefálica”, “Doador de Tecidos e órgãos” de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) fazendo uso do Operador Booleano AND e como recurso de pesquisa às opções: texto completo - disponível; limites - humanos; idioma - português e; tipo de documento - artigo, na qual os artigos indexados em mais de uma base de dados foram considerados apenas uma vez.

Foram incluídos no estudo os artigos científicos capazes de responder as questões de pesquisa, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2008 a 2019 em língua portuguesa. Foram excluídos aqueles que não contribuíram para a discussão e alcance dos objetivos desta investigação.

Para avaliação e seleção dos artigos inclusos, foi realizada a leitura do periódico na íntegra, por dois pesquisadores. Foram pré-selecionados 91 investigações sendo elegíveis apenas 14 para integrar a revisão conforme critérios de inclusão e exclusão.

2 DESENVOLVIMENTO

A síntese do conhecimento a partir dos resultados encontrados foi apresentada de forma estruturada em: 1) Identificação de potenciais doadores para transplantes e protocolo de morte encefálica; 2) Abordagem familiar do potencial doador e as dificuldades encontradas no processo de captação de órgãos e tecidos para transplantes; 3) Assistência de enfermagem na manutenção do potencial doador e processo de captação de órgãos e tecidos para transplantes, conforme apresentado.

2.1 IDENTIFICAÇÃO DE POTENCIAIS DOADORES PARA TRANSPLANTES E PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA

O termo transplante refere-se à reposição de um órgão ou tecido em uma pessoa doente (receptor) por outro órgão ou tecido normal de um doador vivo ou morto. Os potencias doadores são: a) Doador vivo: indivíduo saudável disposto a doar um órgão ou tecido e b) Doador falecido: indivíduo em ME, em Parada Cardiorrespiratória (PCR) recente ou sem batimentos cardíacos e/ou coração parado tardio (≤6h) para órgãos e tecidos (COSTA et al., 2016).

Desse modo, considera-se potencial doador, o paciente diagnosticado com morte encefálica, e doador efetivo, qualquer potencial doador, onde, pelo menos, um órgão tenha sido removido na qual a finalidade seja o transplante (RAMOS et al., 2019).

De um doador vivo podem ser retirados: um dos rins, partes do fígado, medula ou pulmões. De um doador falecido podem ser retirados - órgãos (rins, coração, pulmão, pâncreas, fígado e intestinos) e tecidos - córneas, válvulas, ossos, músculos, tendões, pele, artérias e veias. Cabe ainda mencionar que um doador falecido pode beneficiar até oito pacientes na fila de espera simultaneamente com órgãos sólidos (coração, pulmão, rins, fígado e pâncreas) além de diferentes tipos de tecidos e demais órgãos que podem beneficiar ainda mais pessoas (FREIRE et al., 2012).

A definição de ME está baseada na Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n° 1.480/97 sendo caracterizada como processo irreversível das funções encefálicas, incluindo tanto dos hemisférios quanto do tronco cerebral, implicando na interrupção definitiva de todas as atividades encefálica (FREIRE et al., 2012; BRASIL, 1997).

Conforme Freire et al., (2012), a ME no Brasil é definida por um somatório de três diagnósticos: coma profundo sem sinais de reversão; ausência evidente de reflexos do tronco cerebral e apneia. Estes diagnósticos são avaliados a partir de um protocolo de ME.

Para que seja realizada a abertura do protocolo de ME, faz-se necessário a identificação de um potencial doador, o qual deverá estar admitido em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Serviço de Urgência e Emergência ou Sala de Recuperação Pós- anestésica (SRPA) estando este paciente em estado de coma, avaliação por Escala de coma de Glasgow com Score igual a 03 e em uso de Ventilação Mecânica (VM) (GARCIA et al., 2015).

A captação de órgãos e tecidos para transplantes em pacientes com ME, ocorre a partir do seguimento do protocolo específico nacional que define critérios clínicos e tecnológicos de ME, a saber: a)

avaliação clínica e laboratorial (para identificação dos três critérios: coma profundo sem sinais de reversão; ausência evidente de reflexos do tronco cerebral e apneia); b) manutenção do potencial doador, c) entrevista familiar pré-captação (FERNANDES et al., 2015).

Nesse cenário para otimizar a captação de orgãos e constatação de ME, já existem na litetaratura propostas institucionais voltadas para uma abordagem ativa e direcionada através de Check list, para registro do processo de doação de orgãos e tecido. De forma a contemplar os critérios estabelecidos do possível doador, abarcando questões como: processo de convocação familiar abordagem,entrevista e comunicação, exames fisíco, laboratoriais, de imagem e complementares entre outras questões (BRASIL, 2014).

O Decreto nº 2.268/ 1997 regulamenta a Lei n° 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, acrescenta seu art. 3 tem-se que a retirada de tecido, órgãos ou partes do corpo humano, pós-morte para transplante precisa ser seguida de um diagnóstico de ME, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, com a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do CFM (BRASIL, 1997).

A Lei n° 10.211/2001 vem alterar os dispositivos da legislação anterior sobre a remoção de órgãos, tecidos, e parte do corpo humano para fins de transplante e tratamento no que tange quanto ao consentimento e autorização para a realização do procedimento, cabendo á família decidir quanto o consentimento ou a recusa da doação (BRASIL, 2001).

Ressalta-se mais uma vez, que para que seja realizado o diagnostico de ME são necessários à execução de testes clínicos e complementares, respeitando o intervalo de tempo, variáveis, entre os exames clínicos conforme a idade do possível doador (GARCIA, 2015).

A avaliação clínica tem como objetivo comprovar a ausência de reflexos do tronco encefálico (COSTA C; COSTA L; AGUIAR, 2016). O diagnóstico de ME, está baseada na Resolução do CFM no 1.489, de 8 de agosto de 1975, onde têm-se os critérios dos procedimentos a serem seguidos para a comprovação de ME, conhecendo a causa da morte do paciente. Posteriormente, poderão ser realizados os testes que comprovarão essa hipótese. No Brasil, o CFM determinou os critérios de diagnóstico, por meio da Resolução nº 1.480 tais como: coma aperceptivo; pupilas fixas e arreativas; ausência de reflexo corneopalpebral; ausência de reflexos oculocefálicos; ausência de respostas ás provas calóricas; ausência de reflexo de tosse, apneia (GARCIA, 2015).

O objetivo dos exames complementares está em verificar os parâmetros que permitem monitorar a manutenção, identificando possíveis disfunções do organismo, avaliando a existência de doenças transmissíveis, orientando a priorização de possíveis receptores em lista conforme tipo sanguíneo (WESTPHA et al., 2016).

Diferentes exames complementares, como: angiografia cerebral, eletroencefalograma e tomografia computadorizada, devem ser realizados entre o primeiro e segundo exame clínico, ou após o segundo exame clínico de morte encefálica, sendo que, para se concluir o diagnostico de ME é necessário que se constate a ausência de irrigação sanguínea no encéfalo, a inatividade elétrica e a ausência de atividade metabólica (COSTA et al., 2016). Conforme Art. n°6 da Resolução 1.489/1997, os exames complementares deverão demonstrar de forma inequívoca: a) ausência de atividade elétrica cerebral; e/ou b) ausência de atividade metabólica cerebral; e/ou c) ausência de perfusão sanguínea cerebral (GARCIA 2015).

A avaliação laboratorial compreende os exames como controle de gasometria arterial, glicemia e eletrólitos a cada seis horas; dosagem de creatinina, ureia, enzimas hepáticas, bilirrubinas e isoenzima (MB) da creatinina quinase (CKMB) a cada 24 horas e controle de hematócrito, hemoglobina, plaquetas e provas de coagulação basais na vigência de sangramentos. Urocultura e duas hemoculturas devem ser coletadas na abertura do protocolo de ME em busca de possível foco séptico, entre outros conforme necessidade para que sejam descartadas quaisquer hipótese de possíveis focos infecciosos de forma sistêmica (GARCIA, 2015).

2.2 ABORDAGEM FAMILIAR DO POTENCIAL DOADOR E AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE CAPTAÇÃO

A entrevista familiar é fundamental no processo de captação do transplante de órgãos, pois será através dela, que o profissional médico e/ou enfermeiro irá solicitar consentimento e autorização para realização dos mesmos. Os enfermeiros possuem maior proximidade com a família durante a internação, sendo muitas vezes, os responsáveis pela entrevista familiar para consentimento da doação (FERNANDES; BITTENCOURT; BOIN, 2015).

A abordagem do enfermeiro à família diante de um momento de vulnerabilidade é complexo, envolve uma diversidade de sentimentos como revolta e dúvidas; sendo fundamental o preparo do profissional para desenvolver a relação de confiança, esclarecendo as eventuais dúvidas com a finalidade de obter

o aceite da captação de órgãos e tecidos visando à doação da família em prol do salvamento de outras vidas (LIMA, 2011).

A ME é um processo complexo, norteada por muitos obstáculos na viabilização de órgãos para transplantes e tecidos. São eles: a falha no reconhecimento de ME, abertura tardia do protocolo, falha na manutenção do doador e na abordagem familiar, incapacidade intelectual, ausência de instrumentos e estrutura adequada, precariedade de profissionais qualificados para efetuar os cuidados com qualidade e fragilidades em promover ações educativas voltados para a conscientização da sociedade (COSTA et al., 2017).

Conforme o Registro Brasileiro de Transplante (RBT), a falha de consentimento familiar é o principal entrave de não efetivação da doação, devido ás condições inesperadas ás quais são acometidos ao doador, como o Traumatismo Crânio-encefálico (TCE), o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e a lesão cerebral por hipóxia – isquêmica; responsáveis em sua maioria pelo surgimento da ME. Portanto, é indispensável o acolhimento á família diante desse momento de dor e vulnerabilidade (SILVA et al., 2016; COSTA et al., 2017).

Entre os entraves familiares sobre a aceitação de doação dos órgãos do doador falecido está o desconhecimento da vontade deste em realizar tal prática, pois não havia manifestação favorável nem contrária pelo mesmo, ficando a responsabilidade de decisão para os parentes. Algumas famílias acreditam que a morte só ocorre após a parada cardíaca, o que contribui como ato impeditivo para efetivação dos transplantes (ROSÁRIO, 2013).

A recusa da família é um dos aspectos que impendem à continuidade do processo de transplantes de órgãos, minimizando o número de doadores efetivos, aumentando a espera dos receptores. A burocracia no processo e a logística estão associadas à perda de órgãos já consentidos para doação, devido ao tempo de isquemia. Até mesmo o transporte destes órgãos e tecidos, necessitam de um preparo adequado para otimização dos diferentes processos e procedimentos envolvidos (MORAIS T; MORAIS R, 2012).

Outro empecilho na viabilização dos transplantes, refere-se á ausência ou a falha de implementação da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de órgãos e Tecidos (CIHDOTT) nas instituições que apresentam mais de oitenta leitos conforme regulamenta a Portaria 1.752/2005. Visto que, os profissionais da CIHDOTT são responsáveis por assistir os pacientes diagnosticados com ME, realizando a busca ativa dos pacientes com Glasgow 3 até a captação ou não dos órgãos do PD (BRASIL, 2005; SIQUEIRA, 2016).

Por fim, cabe ressaltar que, quando não ocorre o consentimento para doação, independente do motivo, o suporte terapêutico artificial para a manutenção dos órgãos será interrompido e o corpo será entregue aos familiares como fundamentado na Resolução CFM nº 1.826/2007, reforçada pelo Decreto nº 9.175/2017 (BRASIL, 2017).

2.3 O ENFERMEIRO NO PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS E NA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR.

É preciso entender que quanto mais rápido for retirado e armazenado o órgão ou tecido, maiores serão as chances de êxito no procedimento cirúrgico de transplante e de não rejeição deste e isso está diretamente relacionado ao tempo de isquemia. Os órgãos possuem diferentes tratamentos quanto ao tempo máximo de isquemia como: córneas até sete dias de preservação extracorpórea; o coração e os pulmões entre quatro a seis horas; os rins até 48 horas, fígado e pâncreas de 12 a 24 horas e os ossos até cinco anos (GARCIA et al., 2015).

Tem-se também a preocupação com o doador falecido, na qual todo paciente que tenha seu protocolo de ME finalizado e a doação autorizada pela família é potencial doador de órgãos. Contudo existe uma avaliação criteriosa para o processo de captação, onde se aplicam as seguintes condições de exclusão: a) Infecção por HIV; b) Tuberculose (TB) em atividade; c) sepse refratária; d) infecções virais e fúngicas graves ou potencialmente graves na presença de imunossupressão, exceto as hepatites B e C e) neoplasias, exceto carcinoma in situ de útero e pele e tumores primários do Sistema Nervoso Central (SNC) (BRASIL, 2016).

No estudo realizado pelos autores Backes et al., (2008) observa-se que são redigidas diversas competências que o enfermeiro ao lidar com o paciente precisa ter, entre elas a coordenação e assistência passando-se como porta voz do setor, representando o elo entre a equipe e a família.

Para a efetiva manutenção do corpo exige conhecimento, por parte da enfermagem e equipe interdisciplinar, quanto às alterações fisiológicas da ME, cabendo ao enfermeiro preconizar o suporte necessário ao potencial doador com a finalidade de se obter a retirada de órgãos e tecidos para transplantes em suas melhores funcionalidades (SILVA et al., 2016).

Segundo a Resolução COFEN 292/2004, são atribuídas as seguintes responsabilidades ao Enfermeiro na assistência ao doador falecido: planejar, direcionar, atuar e avaliar os procedimentos de Enfermagem prestados ao corpo; supervisionando á equipe que conduzirá as manobras de retirada.

Além dessas responsabilidades, o enfermeiro deverá informar às Centrais de Notificação e Distribuição de órgãos, quanto á existência de algum potencial doador (BRASIL, 2014).

Outras medidas cabem ao profissional enfermeiro como: assistir a família do doador, o entrevistando na intenção de se obter o consentimento por meio de autorização por escrito para a possível doação, esclarecer eventuais dúvidas quanto ao diagnóstico de ME. Sobre o procedimento de captação, este deve registrar todas as informações no prontuário do doador não-vivo; efetivar ações que tenham em vista o aprimoramento do sistema; favorecer a assistência interdisciplinar no processo de captação, doação e transplante de órgãos e tecidos e acompanhar, supervisionar a entrega do corpo á família (BRASIL, 2004).

Para manter o doador não vivo até a remoção dos órgãos é preciso seguir alguns cuidados essenciais para a manutenção do corpo com o objetivo de viabilizar os órgãos para doação, tais como: realizar a mudança de decúbito frequente, proteger as córneas, manter a pressão arterial; temperatura não pode estar abaixo de 35º, manter o aquecimento corporal; sendo necessário a viabilização e preservação hemodinâmica e fisiológica dos órgãos do início ao fim do processo. Para isso, são indispensáveis materiais e equipamentos especializados, assim como profissionais capacitados à identificação e controle de todas as alterações apresentadas pelo paciente. Neste sentido tem-se o preparo adequado da equipe visando à otimização do processo com intervenções qualificadas, específicas e eficazes (COSTA C; COSTA L; AGUIAR, 2016).

Cabe ao enfermeiro e sua equipe executar os cuidados intensivos, direto ao corpo, que envolve: controle rigoroso e monitorização clínica e hemodinâmica; controle sobre as rogas vasoativas, atentando-se aos seus cuidados específicos, possíveis interações e controle de volume infundido via Bomba de Infusão Contínua (BIC); monitorar a pressão arterial de forma intensiva (manter a Pressão Arterial Média - PAM ≥65 mmHg sendo a Pressão Arterial Sistólica - PAS ≥90 mmHg) reposição hídrica de volume deverá ser efetuada por meio de acesso venoso calibroso (GARCIA et al., 2015; SILVA et al., 2016).

Outros parâmetros devem ser avaliados como gasometria arterial, glicemia capilar e eletrólitos a cada 6 horas; frequência cardíaca por monitorização eletrocardiográfica contínua; débito urinário; saturação de oxigênio arterial e aferição a cada duas horas da temperatura. Para prevenir a hipotermia devem-se utilizar mantas térmicas para proporcionar o aquecimento ao potencial doador e realizar a infusão de líquidos aquecidos a até 43 °C (GARCIA et al., 2015).

O Enfermeiro possui em seu perfil de conhecimentos e práticas destinados à promoção do suporte de medidas terapêuticas voltadas para a reabilitação do paciente além do enfoque voltado para a humanização, acolhimento do paciente e sua família de maneira integral, oferecendo suporte nas diferentes medidas e intervenções terapêuticas visando o prognóstico favorável daqueles que cuida. Contudo, nem sempre a cura é possível, busca-se então minimizar a dor e o sofrimento, promover o bem estar, providenciando os cuidados indispensáveis para o seu restabelecimento (ARAÚJO et al., 2017).

Cabe destacar que o enfermeiro é considerado por vezes, o elo entre o paciente e a equipe multiprofissional, contemplando seus aspectos físicos e emocionais envolvidos no tratamento dos pacientes, no entanto o profissional de enfermagem, em vista das características da sua atuação profissional, também se depara constantemente com a realidade da morte (ARAÚJO et al., 2017). Cabendo ao Enfermeiro desempenhar no momento pós-morte todos os cuidados de conforto com a finalidade de transmitir uma mensagem de alívio á família em processo de luto.

A busca pela recuperação da saúde do paciente é um desafio constante para o enfermeiro, muitas das vezes, sendo confrontado com o inevitável, ou seja, a morte. Há também certo equívoco ao se acreditar que nada mais pode ser feito ao paciente fora de possibilidade de cura. Por este motivo é necessário que o enfermeiro esteja preparado para vivenciar este processo, principalmente quando não existe a possibilidade de cura, observando que a morte é um processo natural, influenciada pelo contexto situacional, social e cultural (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

A morte não é algo esperado pelo ser humano, por mais que se tenha ideia de que à mesma é inevitável e que um dia chegará para todos; os familiares, amigos e parentes de alguém que está sujeito à morte passam por momentos difíceis e delicados. Pacientes com ME necessitam de cuidados específicos, principalmente quando este se torna um PD, neste âmbito o enfermeiro é o profissional que tem ganhado espaço e visibilidade neste campo de atuação. É necessário o conhecimento dos aspectos fisiológicos envolvidos na ME para que o Enfermeiro possa executar com qualidade os cuidados primordiais na manutenção do falecido, respeitando e acolhendo á família diante da perda (CAVALVANTE et al., 2014).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o enfermeiro desempenha um papel primordial na assistência ao doador falecido e a sua família, exercendo o suporte necessário em todas as etapas do diagnóstico de morte encefálica até a eventual captação de órgãos e tecidos para transplantes.

O enfermeiro tem uma responsabilidade sobre a manutenção do potencial doador, monitorizando e direcionando os cuidados específicos e identificando as possíveis alterações hemodinâmicas para realizar as devidas intervenções no tempo hábil para aprimorar o processo de captação e transplantes de órgãos e tecidos.

Espera-se que a partir dos resultados desta revisão, possam novas iniciativas na realização de futuras pesquisas de campo visando à qualificação, conscientização dos profissionais que atuam na área e uma maior ancoragem da profissão e enraizamento desta como ciência.

A possível contribuição desta pesquisa é a ampliação do conhecimento científico sobre a temática realizando o olhar para novos campos de atuação para a enfermagem e um maior reconhecimento e valorização desta no cenário de captação de órgãos e tecidos para transplantes e gestão dos cuidados ao potencial doador falecido.

Reconhece-se como limite da presente investigação o período de pesquisa selecionado não abordando toda a literatura regente assim como as publicações nos demais idiomas, sendo considerado uma proposta para novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Claudinei de; et al . O papel do profissional de enfermagem na doação de órgãos. Revista Saúde em Foco. Edição nº 9, 2017 Disponível em www.unilifa.edu.br/revista/saude/ano2017. Acesso em 09.abril.19

BACKES, DirceStein , et al. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. CiencCuidSaude. Vol. 7, n 3, p´. 319-325, 2008. Disponível em

http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/6490/3857. Acesso em13.abr.19

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e sociedade. Vol. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220. Acesso em 11.março.19

BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.480/1997. Critérios para diagnóstico de morte encefálica. Brasília (Brasil): CFM; Disponível em:

http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm

BRASIL. Resolução CFM nº 1.489, de 8/8/1997. Diário Oficial da União 1997. Disponível em https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/1997/08/08. Acesso em 13.março.19

BRASIL. Lei N. 9.434, de 04 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. Diário Oficial da União (Brasília).Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm

BRASIL.. Lei N. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Diário Oficial da União (Brasília). 2001.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10211.htm

BRASIL. Resolução COFEN-292/2004. Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen- 2922004_4328.html. Acesso em 22.maio.19

BRASIL. Portaria nº 1.752, DE 23 de setembro de 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.

BRASIL. Resolução nº 1826 de 24 de dezembro de 2007. Conselho Federal de Medicina. Disponível em https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-178-34- 2007-10-24-1826. Acesso em 16.maio.19.

BRASIL. Manual para notificação diagnóstico de morte encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos. 2ª edição, 2016.

BRASIL. Decreto .n 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, 2017. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9175.htm. Acesso em 16.maio.19

BRASIL. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Morte Encefálica e Doação de Órgãos. Porto Alegre: CREMERS, 2018.

BRASIL. Manual do núcleo de captação de órgãos : iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: CIHDOTT / coordenação Luciana Carvalho Moura, Vanessa Silva e Silva. -- Barueri, SP : Minha Editora, 2014.

CAVALCANTE, Layana de Paula, et al. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. Acta Paul Enferm. Vol 26, n° 6 p. 567-572, 2014 Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0567.pdf. Acesso em 11.abril.19

COSTA, Carlane Rodrigues; COSTA , Luana Pereira da; AGUIAR , Nicoly. A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. Rev. bioét. Vol. 24, nº 2, p. 368-373, 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242137. Acesso em 30.mar.19

COSTA, Israel Ferreira da et al. Fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos: percepção de enfermeiros. Rev. bioét. Vol. 25, nº 1, p. 130-137,2017. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n1/1983-8042-bioet-25-01-0130.pdf.Acesso em 22.maio.19

FERNANDES, Marli Elisa Nascimento; BITTENCOURT, Zélia Zilda Lourenço de Camargo; BOIN, Ilka de Fátima Santana Ferreira. Vivenciando a doação de órgãos: sentimentos de familiares pós consentimento. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Vol. 25, nº 5, p. 895-901, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05- 00895.pdf . Acesso em 03.abil.19

FREIRE, Izaura Luzia Silvério, et al. Morte encefálica e cuidados na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. Rev. Eletr. Enf. Vol. 14. N. 4 p. 903-912,. 2012. Disponível em: Http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a19.htm. Acesso em 25.mar.19

GARCIA VD, MIRANDA T, PINTO JBT. O processo doacao-transplante. In Garcia VD, AbbudFilho.M, Neumann J, Pestana JOM. Transplante de órgãos e tecidos. Segmento Farma: Sao Paulo, 2006, pp 115-127. IN_ GARCIA, Clotilde Druck (org.). Doação e transplante de órgãos e tecidos. São Paulo:Segmento Farma, 2015.

GARCIA, Clotilde Druck (org.). Doação e transplante de órgãos e tecidos. São Paulo: SegmentoFarma, 2015.

GARCIA, Valter Duro, et al. Manutenção do potencial doador em morte encefálica. IN_GARCIA, Clotilde Druck (org.). Doação e transplante de órgãos e tecidos. São Paulo: SegmentoFarma, 2015.

International Transplant Nurses Society (ITNS). Introduction to transplant nursing: core competencies. Pittsburg: InternationalTransplant Nurses Society, ITNS. 2011.

LIMA, Adriana Aparecida de Faria. Doação de órgãos para transplante: conflitos éticos na percepção do profissional. O Mundo da Saúde, vol 36, nº 1, p. 27-33,- 2012. Disponível em http://bases.bireme.br/cgi-

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=757740&indexSearch=ID. Acesso em 16.maio.19

MENDES, Karina Dal Sassoet al . Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 21, n. 4, p. 945-953, 2012 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16.abril.19

MORAIS, Taise Ribeiro; MORAIS, Maricelma Ribeiro. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. Saúde em Debate, v. 36, n. 95, p. 633-639. 2012. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso on 24 June 2019.

RAMOS, Aline Sharlon Maciel Batista, et al.O enfermeiro no processo de doação e transplante de órgãos. Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem, vol.9, n. 25, p. 3- 10, 2019. Disponível em https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/275.Acesso em 23.abril.19

ROSÁRIO, Elza Nascimento do, et al. Recusa familiar diante de um potencial doador de órgãos. Cad. Saúde Colet. Vol 21, n 3, p. 260-266, 2013. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Maio 2019.

SILVA, Alzi Ferreira da; GUIMARÃES, Tatiane da Silva ; NOGUEIRA, Gisele Puerta. A atuação do enfermeiro na captação de órgãos. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano VII, nº 19, 2009 < Acesso em 04.abril. 2019

SILVA, Rudval Souza da; CAMPOS, Ana Emília Rosa; PEREIRA, Álvaro . Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. RevEscEnferm USP. Vol45, n 3, p. 738-744, 2011. www.ee.usp.br/reeusp. Acesso em 13.abr.19

WESTPHAL Glauco Adrieno, et al. Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido. Parte II. Ventilação mecânica, controle endócrino metabolico e aspectos hematológicos e infecciosos. Rev Bras Ter Intensiva. Vol 23, n 3, p. 269-282, 2011 . Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n4/a05v23n4.pdf. Acesso em 16.maio.19