

ELABORAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS

Taís Regina Schapko¹
Andressa de Souza Rodrigues²
Clarice de Fatima dos Santos³
Gabriela Canan Recalde⁴
Karin Aline Zilli Couto⁵
Priscilla Higashi⁶
Silviane Galvan Pereira⁷

RESUMO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a estrutura de organização que pretende dinamizar o trabalho da equipe de enfermagem, direcionando as práticas de cuidar de forma planejada e individualizada, buscando atender as particularidades de cada pessoa, família ou comunidade. O artigo objetiva descrever as experiências vivenciadas por acadêmicos de enfermagem durante o desenvolvimento de uma ferramenta de direcionamento para a construção da SAE específica para a manutenção do potencial doador de órgãos em morte encefálica em um hospital público de referência para captação de órgãos em Foz do Iguaçu/PR. Trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados durante o desenvolvimento da SAE na UTI do HMPGL. Através do Histórico de Enfermagem, foram categorizados e estabelecidos 25 diagnósticos de enfermagem, como opção taxonômica foi utilizado o referencial teórico NANDA. Dos diagnósticos estabelecidos foram 08 reais e 17 de risco, com maior ocorrência no domínio segurança e proteção. A elaboração da SAE específica para o potencial doador de órgãos permitiu aos acadêmicos adentrar um pouco mais na rotina de trabalho do enfermeiro, compreender os processos vivenciados, desenvolver um pensamento crítico e determinar os cuidados que o paciente demanda para a manutenção dos órgãos viáveis para a doação.

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

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Uniamérica. E-mail: tais-regina.s@hotmail.com

² Enfermeira. Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Uniamérica. E-mail: andressaandressarodrigues@outlook.com.br

³ Enfermeira. Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Uniamérica. E-mail: clarice1285@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Uniamérica. E-mail: gabriela_canan@hotmail.com

⁵ Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva. Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL). E-mail: enfkarinaline@hotmail.com

⁶ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Centro Universitário Uniamérica. E-mail: Priscilla@uniamerica.br

⁷ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Centro Universitário Uniamérica. E-mail: silviane@uniamerica.br

ELABORATION OF SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE TO MAINTAIN THE POTENTIAL DONOR OF ORGANS

ABSTRACT: The Sistematization of Nursing Care (SNC) is the organizational structure that intends to dynamize the work of the nursing team, directing the practices of care in a planned and individualized way, seeking to meet the particularities of each person, family or community. The article objective is to describe the experiences of nursing academics during the development of a specific tool for the construction of the SNC for the maintenance of the potential organ donor in brain death in a reference public hospital for organ harvesting in Foz do Iguaçu/PR. This is an experience report that describes aspects experienced during the development of the SNC in the ICU of HMPGL. Through the Nursing History, 25 nursing diagnoses were categorized and established, as a taxonomic option the theoretical reference NANDA was used. Of the diagnoses established, 8 were real and 17 were at risk, with greater occurrence in the field of safety and protection. The elaboration of the specific SNC for the potential organ donor allowed the academics to enter a little more into the work routine of the nurse, understand the processes experienced, develop critical thinking and determine the care that the patient demands for the maintenance of viable organs for donation.

Keywords: Tissue and Organ Procurement. Organ Transplantation. Brain Death. Nursing Care.

INTRODUÇÃO

A Morte Encefálica (ME) é definida como o estado irreversível das funções respiratórias, circulatórias e cessação de todas as atividades do encéfalo e do tronco encefálico. Está relacionada ao aumento da pressão intracraniana, diminuição do fluxo sanguíneo cerebral e hipóxia do tecido encefálico. As principais causas são a hemorragia intracraniana (45%), trauma (45%) e lesão cerebral isquêmica (10%) (COSTA; COSTA; AGUIAR, 2016).

Conforme o Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos do estado do Paraná, para instaurar o protocolo de ME é obrigatório cumprir alguns critérios pré-estabelecidos. O paciente deve ser classificado em Glasgow 3, não possuir incursões ventilatórias espontâneas e não existir nenhum fator predisponente ao estado de coma, tais como distúrbios metabólicos graves, hipotermia, hipóxia, hipotensão, utilização de sedação e bloqueadores neuromusculares (PARANÁ, 2018a).

O Protocolo de ME do estado do Paraná estabelece que todo caso suspeito de ME deve ser confirmado por meio de tomografia ou ressonância de crânio, evidenciando dano

nerológico irreversível. Compreende também a realização de 2 exames clínicos, um teste de apneia e uma avaliação complementar que confirme o diagnóstico. O intervalo entre os exames clínicos devem ser realizados de acordo com a faixa etária do potencial doador (PD), de 7 dias a 2 meses incompletos o intervalo é de 24 horas, de 2 meses a 24 meses incompletos o recomendado é 12 horas e acima de 2 anos o indicado é 1 hora entre os testes clínicos (PARANÁ, 2018a).

Segundo a orientação do Conselho Federal de Medicina (CFM), a constatação da ME deve ser efetuada por dois médicos capacitados, especialista ou que tenha ao menos um ano de atendimento de pacientes em coma com a execução de 10 protocolos de ME ou curso de capacitação disponibilizado por uma entidade regulamentadora e não devem integrar a equipe de captação e/ou transplante. Um dos exames clínicos deve ser realizado preferencialmente por um especialista em neurologia/neurocirurgia, em medicina intensiva ou de emergência, porém, no caso de esses profissionais não estarem disponíveis, dois médicos não especialistas podem fazer a constatação da ME (PARANÁ, 2018a).

O manual estadual determina a abertura do protocolo de ME havendo ou não a viabilidade de doação dos órgãos e tecidos, sendo obrigatória a notificação compulsória para a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), representada pela Central Estadual de Transplante (PARANÁ, 2016).

Posteriormente à confirmação da ME, se o paciente for um potencial doador é acionada a equipe da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDO) que procederá com a entrevista familiar. Se os familiares permitirem a doação, o paciente deve continuar recebendo todo o suporte adequado até o momento da captação dos órgãos (PARANÁ, 2018a).

Observou-se que no período de janeiro a junho de 2018 houve registro de 602 pacientes com abertura do protocolo de morte encefálica no estado do Paraná. Dentre essas notificações, em 315 casos foi obtida a autorização familiar, e em 284 casos a doação foi efetivada. Os principais fatores da não doação são a recusa familiar, a contra indicação clínica e a parada cardiorrespiratória (PCR) (PARANÁ, 2018b), que pode estar relacionada à manutenção inadequada e ao atraso na notificação do potencial doador (VIOLIN; HAYAKAWA, 2017).

No Brasil, uma das principais limitações em relação à temática é a dificuldade em identificar os potenciais doadores. Apenas um de cada oito potenciais doadores de órgãos é

notificado, sendo necessário o diagnóstico precoce de ME e a sensibilização da família a fim de obter a autorização da doação de órgãos em tempo hábil (HIRSCHHEIMER, 2016).

O PD é acompanhado pela CIHDOOT, por meio do Protocolo de manutenção do potencial doador de órgãos, que regulamenta apenas a conduta médica a ser adotada. A equipe de enfermagem por encontrar-se ao lado deste paciente em tempo integral, demanda de um protocolo assistencial, a fim de aumentar a qualidade da assistência prestada e promova a correta manutenção dos órgãos do PD (FARIAS et al., 2017).

A resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) padroniza a operacionalização da SAE em todo setor público e/ou privado, onde se realiza a assistência profissional de enfermagem. Sendo que, o processo de enfermagem (PE) é uma atividade privativa do enfermeiro, e deve ter fundamentação teórica que direcione a coleta de dados, os DE e a prescrição das intervenções de enfermagem, fornecendo assim um suporte para a avaliação dos resultados de enfermagem obtidos (COFEN, 2009).

A SAE é a estrutura de organização que pretende dinamizar o trabalho da equipe de enfermagem, direcionando as práticas de cuidar de forma planejada e individualizada, de modo a buscar atender as particularidades de cada pessoa, família ou comunidade (SILVA et al., 2016). A fase introdutória da SAE é o HE, sendo essencial para as etapas subsequentes. Mediante a anamnese o enfermeiro determina os problemas, estabelece os diagnósticos e institui as intervenções necessárias, assim como oportuniza o estabelecimento de vínculos com o paciente. O exame físico possibilita a avaliação através da identificação dos sinais e sintomas, rastreando possíveis anormalidades que podem apontar distúrbios no processo de saúde e doença (COELHO et al, 2017).

De acordo com Santos et al. (2019), a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) voltada para a manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos em ME tem como objetivo promover a efetiva manutenção clínica deste paciente, priorizando minimizar os eventos adversos decorrente da ME. Para estabelecer um plano de cuidados efetivo para a manutenção do PD é necessário determinar os prováveis diagnósticos de enfermagem (DE) para esse paciente, no entanto, poucos estudos abrangem a temática.

O objetivo geral deste estudo foi descrever as experiências vivenciadas por acadêmicos de enfermagem durante o desenvolvimento de uma ferramenta de direcionamento para a construção da SAE específica para a manutenção do potencial doador

de órgãos em morte encefálica em um hospital público de referência para captação de órgãos em Foz do Iguaçu/PR.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O instrumento de orientação para a SAE foi elaborado em conjunto com a coordenadora da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e aprovado pela equipe responsável do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL). Não houve submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, por se tratar apenas de um dispositivo de auxílio, sendo que os profissionais devem estabelecer condutas de acordo com as necessidades de cada paciente.

O HMPGL localizado em Foz do Iguaçu é o hospital referência de trauma para a região da 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu (HMPGL, 2018). É a instituição de referência para captação de órgãos no município e dispõe da CIHDOOT, que tem o objetivo de sistematizar, no ambiente institucional, condutas e protocolos que viabilizem o processo de doação (FOZ DO IGUAÇU, 2018).

Para a elaboração da SAE foram listados os principais diagnósticos de enfermagem, subdivididos por domínios tendo como norteador a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2018-2020 (NANDA, 2018). Foram elencados os cuidados de enfermagem de acordo com as prioridades associados à estabilização e prevenção de danos ao paciente, baseado no Manual para notificação, diagnóstico de Morte Encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos do Estado do Paraná (PARANÁ, 2018a).

O instrumento foi fragmentado em três partes, a primeira contemplava o histórico de enfermagem (HE) com coleta de dados e exame físico, a segunda compreendia os diagnósticos e prescrições de enfermagem, e a terceira etapa incluía o direcionamento para a evolução de enfermagem. Os registros foram organizados de modo a utilizar sempre que possível apenas a checagem ("cheklist"), para a otimização do tempo de preenchimento.

RESULTADOS

Na etapa dos DE foram categorizados e estabelecidos 25 diagnósticos de enfermagem (tabela 1), como opção taxonômica foi usado o referencial teórico NANDA

(2018), que tem como objetivo padronizar a linguagem dos diagnósticos utilizados por profissionais de enfermagem.

Dos diagnósticos estabelecidos foram 08 reais e 17 de risco, pertencendo 05 ao domínio nutrição; 03 ao eliminação e troca; 04 ao domínio atividade/repouso; 01 ao domínio enfrentamento/tolerância ao estresse; 12 ao domínio segurança/proteção. Diante dos diagnósticos identificados podemos observar que a maior ocorrência de necessidades encontra-se no domínio segurança e proteção, demonstrando a dependência de cuidados de enfermagem do paciente potencial doador.

Tabela 1: Diagnósticos de enfermagem para o potencial doador de órgãos.

DOMINIO 2: NUTRIÇÃO
Risco de função hepática prejudicada
Risco de desequilíbrio eletrolítico
Risco de Glicemia Instável
Risco de Volume de Líquidos Deficiente
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais
DOMINIO 3: ELIMINAÇÃO E TROCA
Risco de Motilidade Gastrointestinal Disfuncional
Risco de Constipação
Troca de Gases Prejudicada
DOMINIO 4: ATIVIDADE/REPOUSO
Risco de perfusão tissular periférica ineficaz
Débito cardíaco diminuído
Padrão respiratório ineficaz
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída
DOMINIO 9: ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE
Capacidade adaptativa intracraniana diminuída
DOMINIO 11: SEGURANÇA/PROTEÇÃO
Hipotermia
Desobstrução ineficaz das vias aéreas

Risco de infecção
Risco de Lesão por pressão
Risco de tromboembolismo venoso
Risco de termorregulação ineficaz
Risco de aspiração
Risco de lesão na córnea
Risco de ressecamento ocular
Risco de Integridade da pele prejudicada
Risco de boca seca
Risco de Integridade de Membrana Mucosa Oral Prejudicada
Fonte: NANDA (2018).

As prescrições de enfermagem foram elaboradas de acordo com os problemas elencados para cada DE, associadas à estabilização e prevenção de danos ao paciente e baseado no Manual para notificação, diagnóstico de Morte Encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos (PARANÁ, 2018a).

Os DE e intervenção de enfermagem foram estabelecidos de acordo com os mais prevalentes para pacientes na condição de potencial doador de órgãos. O instrumento incluía a opção de acréscimo de outros DE e intervenções não elencados ou a exclusão conforme a avaliação de cada paciente.

Quadro 1: Diagnósticos e prescrições de enfermagem na manutenção do potencial doador de órgãos com base na classificação NANDA 2018-2020.

Diagnósticos de Enfermagem	Prescrições de Enfermagem
<i>Risco de função hepática prejudicado</i>	Atentar para mudança na coloração da pele.
<i>Risco de desequilíbrio eletrolítico</i>	Realizar coleta de material para dosagem dos gases sanguíneos e equilíbrio ácido básico. Realizar rigorosamente o balanço hídrico. Monitorar diurese em SVD. Atentar para débito menor que 50 ml/h (<300 ml/6hrs).
<i>Risco de glicemia instável</i>	Realizar glicemia capilar e realizar rodízio dos locais de punção capilar.

<i>Risco de volume de líquidos deficiente</i>	Realizar e anotar balanço hídrico rigoroso. Realizar e anotar drenagem da SNG. Observar, anotar e comunicar enfermeiro sinais de choque. Monitorar os resultados laboratoriais relevantes à retenção de líquidos (ureia aumentada, hematócrito diminuído).
<i>Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais</i>	Manter suporte nutricional em sonda enteral.
<i>Risco de motilidade gastrintestinal disfuncional</i>	Manter suporte nutricional enteral de 15 a 30% das necessidades diárias. Observar distensão abdominal. Registrar consistência, odor e coloração das fezes. Manter o padrão de eliminação intestinal adequando dieta enteral.
<i>Risco de constipação</i>	Monitorar ruídos hidroaéreos.
<i>Troca de gases prejudicada</i>	Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforços na respiração. Manter cabeceira elevada CPM. Atentar para presença de cianose. Monitorar a administração e eficácia da oxigenioterapia, comunicar se alterações.
<i>Risco de perfusão tissular periférica ineficaz</i>	Atentar para mudança na coloração da pele, principalmente cianose e perfusão.
<i>Débito Cardíaco Diminuído</i>	Monitorização de SSVV de 1 em 1 hora. Monitorizar PVC a cada 4 horas sendo a meta valores entre 06 – 10 mmhg. Atentar rigorosamente à administração das drogas vasoativas prescritas. Atentar para mudança na coloração da pele, principalmente cianose e perfusão.
<i>Padrão respiratório ineficaz</i>	Monitorar rigorosamente o aporte de oxigênio mantendo saturação acima de 95% com VM. Atentar para alarme do VM. Evitar a desconexão do ventilador ou pinçamento do circuito. Manter e controlar os parâmetros do VM.
<i>Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída</i>	Monitorização de SSVV de 1 em 1 hora. Monitorizar PVC a cada 4 horas sendo a meta valores entre 06 – 10 mmhg. Atentar rigorosamente à administração das drogas vasoativas prescritas. Atentar para mudança na coloração da pele, principalmente cianose e perfusão.
<i>Capacidade adaptativa intracraniana diminuída</i>	Manter decúbito elevado, conforme prescrição médica. Observar otorragias e comunicar enfermeiro.
<i>Hipotermia</i>	Manter temperatura corporal entre 35°C e 37°C. Manter ambiente e leito aquecido. Usar manta térmica. Aquecer soros a temperatura de 36° C antes de infundi-los, se apresentar hipotermia.
<i>Desobstrução ineficaz das vias aéreas</i>	Manter cabeceira elevada CPM. Realizar ausculta pulmonar. Realizar a aspiração caso necessário.

<i>Risco para infecção</i>	Aplicar compressas frias ou mornas conforme prescrição. Atentar para sangramentos, hipertermia e aparecimento de lesões cutâneas. Lavar as mãos antes e após procedimentos com o paciente. Usar EPIs de precaução padrão.
<i>Risco de lesão por pressão</i>	Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas. Proteger a pele das proeminências ósseas; utilizar coxins. Hidratar a pele com hidratante a base de ácidos graxos essenciais (AGE).
<i>Risco de tromboembolismo venoso</i>	Realizar a avaliação e estratificação do risco de TEV. Implementar o uso de meias compressivas.
<i>Risco de termorregulação ineficaz</i>	Verificar temperatura de 30 em 30 minutos. Manter temperatura corporal entre 36°C e 37, 5°C. Manter ambiente e leito aquecido. Usar manta térmica. Aquecer soros a 36° C antes de infundi-los.
<i>Risco de aspiração</i>	Manter decúbito elevado CPM.
<i>Risco de lesão na córnea</i>	Higiene ocular com uso de gazes com SF 0,9%. Prevenção da secura ocular com pomada oftálmica. Fechamento ocular com uso de gaze umedecida.
<i>Risco de ressecamento ocular</i>	Higiene ocular com uso de gazes com SF 0,9%. Prevenção da secura ocular com pomada oftálmica. Fechamento ocular com uso de gaze umedecida.
<i>Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada</i>	Realizar higiene oral diária. Inspeccionar a boca quanto a lesões, inflamações ou sangramento excessivo. Remover próteses dentárias.
<i>Risco de boca seca</i>	Realizar higiene oral diária.
<i>Risco de integridade da pele prejudicada</i>	Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas. Proteger a pele com o uso de coxins. Hidratar a pele com hidratante a base de ácidos graxos essenciais (AGE).

Fonte: As autoras (2018).

DISCUSSÃO

Ferreira et al., (2016) e Sousa et al., (2017) identificaram em seus estudos os principais DE presentes em pacientes hospitalizados na UTI, houve a prevalência do domínio segurança e proteção, assim como no presente estudo. O maior número eram diagnósticos reais, o que difere do encontrado neste estudo onde prevalecem os diagnósticos de risco, ressaltando a importância da SAE específica para o PD.

Pereira et al. (2017) destaca que os acadêmicos relacionam a segurança do paciente com um plano de cuidados adequado conforme as especificidades de cada paciente, sendo necessário identificar a fragilidade e os riscos a qual estão susceptíveis.

Pissaia e Costa (2019) descrevem que os estudantes de enfermagem compreendem o PE e a SAE seguem interligados na rotina do enfermeiro, sendo um método de organização e qualificação da assistência e do serviço de saúde, promovendo segurança no cuidado ao paciente.

A interação com as rotinas do enfermeiro no ambiente de terapia intensiva, abrangendo o cuidado integral e humanizado ao paciente, é essencial para compreender os processos vivenciados na profissão e consolidar a fundamentação teórica pré-existente (MONTEIRO; DANTS; CORDEIRO, 2019).

É possível determinar a qualidade dos cuidados oferecidos pela equipe de enfermagem ao PD com base dos registros em prontuário, oportunizando o reconhecimento do indicador de qualidade da assistência efetuada e das divergências decorrentes, enfatizando suas possíveis causas e implicações na manutenção desses indivíduos (RODRIGUES et al., 2017).

Segundo Chaves et al. (2016), a instrumentalização da SAE apresenta inúmeros benefícios para todos os envolvidos no cuidado. Para a instituição, por ampliar o controle sobre as ações da equipe de enfermagem, e para os enfermeiros, por promover o raciocínio clínico quanto às condições do cliente, viabilizar a valorização da profissão, enriquecendo, assim, a qualidade da assistência prestada e para o paciente por ser observado de maneira holística.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SAE abrange diversas etapas desde o HE contendo a coleta de dados e o exame físico inicial, a identificação dos problemas que o paciente apresenta ou pode vir a desenvolver, o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem para a prescrição dos cuidados e finalizando com a evolução de enfermagem, onde o profissional pode compreender o progresso do paciente durante o internamento.

A elaboração da SAE específica para o potencial doador de órgãos permitiu aos acadêmicos adentrar um pouco mais na rotina de trabalho do enfermeiro, compreender os processos vivenciados, desenvolver um pensamento crítico e determinar os cuidados que o paciente demanda para manter os órgãos viáveis para a doação.

O instrumento desenvolvido contribuirá para o direcionamento e o aprimoramento do enfermeiro nas suas funções, viabilizando o planejamento da assistência de forma estruturada, tornando mais ágil o cuidado ao potencial doador de órgão em morte encefálica. A SAE é uma ferramenta essencial para o enfermeiro alcançar qualidade da assistência, melhorar a comunicação entre a equipe, priorizar as necessidades de cada paciente e ainda desenvolver ações baseadas em conhecimento técnico científico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHAVES, R. G. R. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: visão geral dos enfermeiros. *Revista de enfermagem UFPE online*, v.10, n.4, p. 1280-1285. 2016.

COELHO, A. V. et al. Validação de um histórico de enfermagem para unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. v.38, n.3. 2017.

COFEN. RESOLUÇÃO COFEN Nº358/2009. *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 providências*. 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 26 nov 2018.

COSTA, C. R.; COSTA, L. P.; AGUIAR, N. A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. *Revista Bioética*. v.24, n.2, p.368-373. 2016.

FARIAS, I. P. et al. Construção de protocolo assistencial de enfermagem para o potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Revista Enfermagem UFPE online*. v.11, n.9, p. 3492 – 3496. Recife. 2017.

FERREIRA, A. M. et al. Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 2, p. 307-315, 2016.

FOZ DO IGUAÇU. Fundação Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu. *Hospital Municipal Padre Germano Lauck ocupa o primeiro lugar em captação de órgãos no Paraná*. 2018.

HIRSCHHEIMER, M. Morte encefálica e doação de órgãos e tecidos. *Revista de Residência Pediátrica*. v.6, p.29-45. 2016.

HMPGL. Hospital Municipal Padre Germano Lauck. *Histórico*. 2018.

MONTEIRO, C. E. B.; DANTS, F. M.; CORDEIRO, P. M. O cotidiano de uma unidade de terapia intensiva sob a ótica de um estudante de enfermagem. *Revista Ensino, Saúde e Biotecnologia da Amazônia*, v. 1, n. especial, p. 1-1, 2019.

NANDA. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Definições e classificação 2018-2020*. Porto Alegre. 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Sistema Estadual de Transplantes. *Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos*. – Curitiba: SESA/SGS/CET, p.52. 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Sistema Estadual de Transplantes. *Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos*. – Curitiba: SESA/SGS/CET, p.68. 2018a.

PARANÁ. Sistema Estadual de Transplantes do Paraná. *Dados de doação e transplantes – comparativos de janeiro a junho (2011 a 2018)*. 2018b.

PEREIRA, G. N. et al. Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. *Enfermagem em Foco*, v. 8, n. 2, 2017.

PISSAIA, L. F.; COSTA, A. E. K. Interconexões entre Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepções de estudantes. *Research, Society and Development*, v. 8, n. 10, p. 17, 2019.

RODRIGUES, H. B. et al. Assistência de enfermagem a indivíduos em morte encefálica: avaliação de qualidade. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v.21, n.4, p.333-340. 2017.

SANTOS, A. T. F. et al. Diagnósticos de Enfermagem em potencial doador de Órgãos e Tecidos em Pacientes Transplantados: Revisão Integrativa. *Revista de Psicologia*, v. 13, n. 46, p. 816-834, 2019.

SILVA, R. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe. *Enfermagem em Foco*, v. 7, n. 2, p. 32-36, 2016.

SOUSA, C. S. et al. Processo de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: a Experiência do Grupo de Pesquisa na Atualização dos Diagnósticos, Planejamento e Avaliação de Enfermagem. In: *Congresso Internacional de Enfermagem*. 2017.

VIOLIN, A. R.; HAYAKAWA, L. Y. Doação de órgãos e tecidos: a realidade de uma regional de saúde do Paraná. *Revista UNINGÁ Review*. v.29, n.3, p.42-46. Jan – Mar 2017.