

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA
AO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS
EM MORTE CEREBRAL E À FAMÍLIA
SCOPING REVIEW**

**SPECIALIZED NURSING INTERVENTION
FOR THE POTENTIAL ORGAN DONOR
IN BRAIN DEATH AND THE FAMILY
SCOPING REVIEW**

**INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA DE ENFERMERÍA
PARA POSIBLES DONANTES DE ÓRGANOS
CON MUERTE CEREBRAL Y FAMILIA
SCOPING REVIEW**

Ana Tique Amado¹ , Adriano Pedro² .

¹Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Évora, Portugal.

²Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, Portugal.

Recebido/Received: 23-08-2025 Aceite/Accepted: 10-12-2025 Publicado/Published: 29-12-2025

DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11\(03\).780.70-88](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11(03).780.70-88)

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2025 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2025 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 11 N.º 3 DEZEMBRO 2025

Resumo

Introdução: O processo de doação de órgãos constitui uma área de elevada relevância na prática clínica e na gestão em saúde, exigindo intervenções de enfermagem altamente especializadas que integrem competências técnicas avançadas e apoio emocional diferenciado, tanto na identificação e manutenção do potencial dador em morte cerebral como no acompanhamento das famílias envolvidas. **Objetivo:** Mapear as evidências científicas disponíveis sobre uma intervenção de enfermagem especializada dirigida ao potencial dador de órgãos em morte cerebral e à sua família, em contextos de cuidados intensivos e de urgência. **Metodologia:** A presente *scoping review* foi conduzida segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute, tendo a pesquisa sido realizada no agregador de conteúdos EBSCO, abrangendo o período compreendido entre 2019 e 2024. Incluíram-se artigos completos, publicados em português e inglês, sujeitos a revisão por pares. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados oito artigos científicos e uma dissertação de mestrado. **Resultados:** A análise crítica dos estudos revelou dimensões fundamentais da intervenção de enfermagem na doação de órgãos, nomeadamente: a implementação de protocolos padronizados que favorecem a deteção precoce e a manutenção clínica do potencial dador em morte cerebral; o estabelecimento de uma comunicação empática e de suporte emocional contínuo às famílias; e a adoção de práticas éticas e humanizadas na prestação de cuidados. Não obstante, foram identificadas lacunas relevantes, entre as quais se destacam a ausência de diretrizes universais, a insuficiência de programas de apoio psicológico estruturados e a deficiência de profissionais com formação especializada na área. **Conclusão:** Face a estes resultados, propõe-se o reforço de estratégias de capacitação profissional, a criação de iniciativas educativas e o fortalecimento de equipas multidisciplinares. Estas medidas são essenciais para consolidar um processo de doação de órgãos mais eficiente, humanizado e sustentado em evidência científica robusta.

Palavras-chave: Cuidados Críticos; Doação de Órgãos; Enfermagem; Família; Morte Cerebral.

Abstract

Introduction: The organ donation process is an area of high relevance in clinical practice and health management, requiring highly specialised nursing interventions that integrate advanced technical skills and differentiated emotional support, both in identifying and maintaining potential brain-dead donors and in accompanying the families involved. **Objective:** To map the available scientific evidence on a specialised nursing intervention targeted at the potential organ donor in brain death and their family in intensive care and emergency settings. **Methodology:** This scoping review was conducted according to the methodology of the Joanna Briggs Institute, with research carried out in the EBSCO content aggregator, covering the period between 2019 and 2024. Full articles published in Portuguese and English and subject to peer review were included. After applying the eligibility criteria, eight scientific articles and one master's thesis were selected. **Results:** Critical analysis of the studies revealed fundamental dimensions of nursing intervention in organ donation, namely: the implementation of standardised protocols that favour early detection and clinical maintenance of potential donors; the establishment of empathetic communication and continuous emotional support for families; and the adoption of ethical and humanised practices in the provision of care. Nevertheless, relevant gaps were identified, among which the absence of universal guidelines, the insufficiency of structured psychological support programmes, and the shortage of professionals with specialised training in the area stand out. **Conclusion:** In view of these results, it is proposed to strengthen professional training strategies, create educational initiatives, and strengthen multidisciplinary teams. These measures are essential to consolidate a more efficient and humanised organ donation process based on robust scientific evidence.

Keywords: Brain Death; Critical Care; Family; Nursing; Organ Donation.

Resumen

Introducción: El proceso de donación de órganos constituye un ámbito de gran relevancia en la práctica clínica y en la gestión sanitaria, y requiere intervenciones de enfermería altamente especializadas que integren competencias técnicas avanzadas y un apoyo emocional específico, tanto en la identificación y el mantenimiento del donante potencial en caso de muerte cerebral como en el acompañamiento de las familias implicadas. **Objetivo:** Mapear la evidencia científica disponible sobre una intervención especializada en enfermería dirigida a posibles donantes de órganos con muerte cerebral y sus familias, en entornos de cuidados intensivos y de urgencias. **Metodología:** La presente revisión exploratoria se llevó a cabo siguiendo la metodología del Joanna Briggs Institute, y la búsqueda se realizó en el agregador de contenidos EBSCO, abarcando el periodo comprendido entre 2019 y 2024. Se incluyeron artículos completos, publicados en portugués e inglés, sometidos a revisión por pares. Tras la aplicación de los criterios de elegibilidad, se seleccionaron ocho artículos científicos y una tesis de máster. **Resultados:** El análisis crítico de los estudios reveló dimensiones fundamentales de la intervención de enfermería en la donación de órganos, a saber: la implementación de protocolos estandarizados que favorecen la detección precoz y el mantenimiento clínico del donante potencial en muerte cerebral; el establecimiento de una comunicación empática y de apoyo emocional continuo a las familias; y la adopción de prácticas éticas y humanizadas en la prestación de cuidados. No obstante, se identificaron lagunas relevantes, entre las que destacan la ausencia de directrices universales, la insuficiencia de programas estructurados de apoyo psicológico y la escasez de profesionales con formación especializada en el área. **Conclusión:** Ante estos resultados, se propone reforzar las estrategias de capacitación profesional, crear iniciativas educativas y fortalecer los equipos multidisciplinares. Estas medidas son esenciales para consolidar un proceso de donación de órganos más eficiente, humanizado y sustentado en evidencia científica sólida.

Descriptores: Cuidados Críticos; Donación de Órganos; Enfermería; Familia; Muerte Cerebral.

Introdução

Em 2022, segundo a *Global Observatory on Donation and Transplantation* (GODT), realizaram-se aproximadamente 157 494 transplantes de órgãos sólidos, representando um aumento de 9,1% face a 2021. Contudo, esse crescimento ainda é insuficiente, cobrindo menos de 10% das necessidades globais. Entre os órgãos mais transplantados, o rim lidera com 102 090 procedimentos, seguido pelo fígado (37 436), coração (8988), pulmão (6784), pâncreas (2026) e intestino delgado (170). Além disso, destaca-se que 39% dos transplantes renais e 24% dos hepáticos tiveram origem em doadores vivos. No que diz respeito aos doadores falecidos, registaram-se 41 792 casos, sendo 32 248 após morte cerebral (MC) e 9544 por paragem circulatória (PCR). Estes dados, recolhidos em 91 países e representando 75% da população mundial, evidenciam que, apesar do aumento dos transplantes, a escassez de órgãos continua a ser um desafio significativo⁽¹⁾.

Considerando o contexto internacional, torna-se essencial adotar estratégias para reforçar a doação, uma vez que os longos períodos em lista de espera podem resultar em desfechos adversos, como deterioração do estado de saúde e, em muitos casos, óbito antes do transplante. Nesse sentido, a crescente procura por órgãos, associada à limitação na sua disponibilidade, agrava ainda mais essa problemática. Assim, destaca-se como prioritário, implementar políticas eficazes que não apenas aumentem a oferta de órgãos, mas também otimizem os processos de alocação, reduzindo o tempo de espera e maximizando os benefícios para os doentes⁽²⁾.

Em resposta a essa necessidade, a Resolução de Madrid (2010), resultado da 3.^a Consulta Global da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre Doação e Transplantação de Órgãos, incentivou os governos a procurar a autossuficiência nesse setor. Para isso, recomenda-se a redução da incidência de doenças tratáveis por transplantes e a priorização da doação de órgãos de doadores falecidos. Neste sentido, países que apresentam maior acesso a transplantes desenvolveram programas sólidos de doação de órgãos, principalmente após a morte por critérios neurológicos (morte cerebral), que continua a ser a principal fonte de órgãos provenientes de doadores falecidos⁽²⁾.

Face a este panorama, Portugal emerge como um caso de sucesso global na doação e transplantação de órgãos, destacando-se como um dos líderes mundiais mesmo enfrentando desafios financeiros e estruturais. Esse êxito deve-se, em grande parte, à combinação de políticas eficazes, à adaptação de modelos internacionais e ao forte compromisso institucional e social. Nas últimas duas décadas, o país registou um crescimento notável nas taxas de doação e transplantação, alcançando, em 2018, 33,7 doações de falecidos por milhão de habitantes (pmp). Esse desempenho colocou Portugal em segundo lugar na Europa e terceiro a nível mundial na doação de órgãos provenientes de cadáveres⁽³⁾.

Adicionalmente ao sucesso nas taxas de doação, Portugal destaca-se por ter conseguido superar restrições económicas e estruturais. Por exemplo, apesar de gastar menos em saúde por habitante do que a média europeia e de dispor de apenas 4,2 camas de cuidados intensivos por 100 000 habitantes antes da pandemia, o país adotou uma abordagem inovadora que permitiu contornar essas limitações⁽³⁾. Entre os fatores que explicam esse desempenho, destaca-se o sistema de *opting-out*, no qual todos os cidadãos, apátridas e estrangeiros residentes são considerados potenciais doadores *post mortem*, salvo se manifestarem oposição no Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA)⁽³⁾.

Além do enquadramento legislativo, a estrutura organizacional da transplantação em Portugal tem sido determinante para os bons resultados. O modelo adotado baseia-se na experiência espanhola, mas foi ajustado às especificidades nacionais desde 1993. Um dos marcos mais relevantes nesse processo foi a criação do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), que assegura a supervisão e coordenação da doação e transplantação a nível nacional. Outro avanço significativo foi a introdução dos coordenadores hospitalares de doação em 2007, profissionais altamente capacitados que atuam na identificação de potenciais doadores, no diálogo com as famílias e na logística da colheita de órgãos⁽³⁾.

A falha na identificação e encaminhamento de potenciais doadores é um dos principais obstáculos à doação de órgãos por morte. A fim de evitar perdas de oportunidades, diversos países implementaram a

“notificação obrigatória” de doentes em morte iminente. Esse procedimento aplica-se a doentes em coma profundo, ventilados em unidades de cuidados intensivos e com lesões cerebrais irreversíveis de causa conhecida⁽²⁾.

A enfermagem assume um papel central em todo o processo de doação de órgãos, desde a identificação e manutenção do potencial dador até ao apoio emocional e informativo prestado às famílias em luto. A doação de órgãos configura-se, assim, como um processo que ultrapassa os aspetos adicionais técnicos, exigindo dos profissionais de saúde competências avançadas de comunicação, empatia e gestão relacional, determinantes para a flexibilidade familiar e social do procedimento. Neste contexto, ganha particular relevo a intervenção de enfermagem especializada dirigida à pessoa em situação crítica, potencial dadora em morte cerebral, e à sua família, nos contextos das unidades de cuidados intensivos e dos serviços de urgência.

Perante a complexidade deste processo e a necessidade de práticas sustentadas em evidência, este estudo tem como objetivo mapear as evidências científicas disponíveis sobre uma intervenção de enfermagem especializada dirigida ao potencial dador de órgãos (PDO) em morte cerebral e à sua família, em contextos de cuidados intensivos e de urgência. Para orientar esta *scoping review*, formula-se, segundo a estrutura População–Conceito–Contexto (PCC), a seguinte questão de investigação: Qual a intervenção de enfermagem especializada dirigida ao PDO em morte cerebral e à sua família, no contexto das unidades de cuidados intensivos e dos serviços de urgência? Para além de identificar as intervenções de enfermagem especializadas, esta *scoping review* procura mapear os principais resultados associados descritos na literatura, nomeadamente indicadores clínicos do potencial dador (estabilidade hemodinâmica, estabilidade fisiológica, capacidades de órgãos para transplante), resultados ao nível da família (compreensão da morte cerebral, experiência de luto, taxa de consentimento para a doação) e resultados de processo (adesão a protocolos de manutenção e intervalos de tempo entre a confirmação da morte cerebral e a colheita de órgãos).

No âmbito deste estudo, entende-se por intervenção de enfermagem especializada o conjunto de cuidados prestados por enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, em particular em unidades de cuidados intensivos e serviços de urgência, que asseguram a monitorização e estabilização hemodinâmica, respiratória, metabólica e infecciosa do potencial dador em morte cerebral, bem como o apoio emocional e a comunicação estruturada com a família. Esta definição abrange tanto os cuidados diretos à pessoa em situação crítica, como as atividades de coordenação do processo de doação organizadas pelos enfermeiros coordenadores de transplantes, incluindo a articulação com a equipa multidisciplinar, a gestão logística da colheita de órgãos e a mediação ética e comunicacional com a família.

Neste enquadramento, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem Pessoa em Situação Crítica, detém competências específicas que o habilitam a cuidar da pessoa e da família a vivenciar processos complexos de doença crítica e deficiência orgânica, garantindo a gestão diferenciada de protocolos terapêuticos complexos, incluindo a manutenção hemodinâmica do potencial dador em morte cerebral⁽⁴⁾. Estas abrangem, entre outras, a capacidade de identificar precocemente focos de instabilidade, executar cuidados técnicos de alta complexidade, conduzir uma comunicação terapêutica com a família, apoiando as vivências emocionais e os processos de luto, o que é particularmente relevante no contexto da doação de órgãos⁽⁴⁾.

Material e Métodos

A presente *scoping review* tem como objetivo responder à questão de investigação previamente definida, a qual foi formulada de acordo com a metodologia População–Conceito–Contexto (PCC), conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Metodologia PCC para formulação da questão de pesquisa.

P	Participantes	Dador de órgãos em morte cerebral e família
C	Conceito	Intervenção de enfermagem especializada
C	Contexto	Unidade de Cuidados Intensivos e Urgência

A estratégia de busca foi implementada em três etapas sequenciais, visando identificar estudos publicados e não publicados relevantes para a revisão. Numa primeira etapa, realizou-se uma pesquisa exploratória nas bases Complementary Index, MEDLINE Ultimate, CINAHL Ultimate e Academic Search Complete (via plataforma EBSCOhost), com o objetivo de identificar os descritores DeCS/MeSH, palavras-chave e termos de indexação mais frequentes nos títulos e resumos de artigos relacionados com morte cerebral, doação de órgãos e intervenções de enfermagem em contexto crítico. Na segunda etapa, delineou-se uma estratégia de pesquisa booleana, combinando descritores e termos livres com operadores booleanos (*AND*, *OR*, *NOT*) para refinar a busca e maximizar a precisão e a abrangência dos resultados. As *strings* completas de pesquisa, organizadas por recurso e campo de pesquisa, são apresentadas no Apêndice 1. O plano de pesquisa foi delineado para identificar estudos relevantes sobre morte cerebral, doação de órgãos e cuidados de enfermagem nas bases de dados mencionadas. A busca incluiu combinações de descritores DeCS/MeSH como “brain death” *AND* (“organ donor*” *OR* “tissue donor*”) *AND* (“family” *OR* “families”), associando termos no campo de resumo (AB) como “nursing care” *OR* “nursing interventions” *OR* “nursing assessment” *AND* (“critical care” *OR* “intensive care” *OR* “emergency care”), refinando os resultados com o operador *NOT* para excluir crianças e adolescentes (e.g., “children” *OR* “adolescent” *OR* “youth” *OR* “teenager”). Além das bases de dados mencionadas, foi consultado o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) para inclusão de literatura cinzenta relevante. Por fim, foi realizada uma análise das referências bibliográficas dos estudos selecionados para identificar potenciais estudos adicionais que atendam aos critérios de elegibilidade. Foram incluídos estudos publicados em inglês e português no período de 2019 a 2024, submetidos a revisão por pares.

A definição dos critérios de elegibilidade fundamentou-se na estrutura População, Conceito e Contexto, contemplando adultos (≥ 18 anos) em situação crítica, potenciais dadores em morte cerebral e família. A revisão focou-se em intervenções de enfermagem especializada, competências profissionais e estratégias de comunicação, com ênfase nas práticas específicas aplicadas em unidades de cuidados intensivos e serviços de urgência. Foram incluídos estudos primários com abordagens qualitativas, quantitativas e mistas, revisões sistemáticas e literatura cinzenta, como teses de doutoramento ou dissertações de mestrado, desde que diretamente relacionadas à temática. Para garantir a atualidade e relevância científica, serão considerados apenas estudos publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas inglês e português, em texto completo.

Foram excluídos desta *scoping review* estudos que abordem dadores vivos ou doação em coração parado, investigações envolvendo participantes menores de 18 anos, e pesquisas não focadas nos cuidados de enfermagem a doentes críticos, potenciais dadores de órgãos em morte cerebral, ou no suporte familiar e estratégias de comunicação em contextos críticos. Adicionalmente, serão desconsiderados estudos realizados fora de unidades de cuidados intensivos ou serviços de urgência, publicações em idiomas distintos do português e inglês, trabalhos com mais de cinco anos de publicação e artigos que apresentem apenas resumos.

Inicialmente, os resultados da pesquisa serão transferidos para o gerenciador de referências *Mendeley Desktop* (versão 1.19.3), onde os artigos duplicados serão localizados e eliminados. Em seguida, realizou-se uma triagem por título e resumo, com aplicação dos critérios de elegibilidade previstos, sendo os estudos potencialmente relevantes submetidos à leitura integral. Para cada estudo incluído, foram extraídos dados relativos aos participantes, conceito, contexto, desenho metodológico e principais resultados relevantes para a questão de revisão. Posteriormente, procedeu-se ao mapeamento dos estudos incluídos e à sua representação sintética em diagrama de raias, organizado por fases do processo e pelos respectivos domínios de intervenção.

Esta estratégia resultou na identificação de estudos centrados nos aspectos fundamentais da doação de órgãos, morte cerebral, intervenções de enfermagem, estratégias de comunicação e impacto familiar.

Foram inicialmente identificados 241 registos nas bases de dados consultadas. Após a remoção de duplicados e a aplicação dos limites relativos ao acesso ao texto integral, ao período de publicação (2019–2024) e aos idiomas (português e inglês), encontramos 43 artigos para triagem por título e resumo. Desses 43 registos, 15 foram obtidos na CINAHL, 17 no Complementary Index, 6 na MEDLINE Ultimate e 5 na Academic Search Complete.

Concluída a triagem dos títulos e resumos, foram selecionados 22 estudos para leitura integral. Desses, 8 artigos científicos e 1 dissertação de mestrado, proveniente da literatura cinzenta, cumpriram integralmente os critérios de elegibilidade, perfazendo um total de 9 estudos incluídos na presente *scoping review*.

Os restantes estudos foram excluídos por se centrarem predominantemente nos desafios ou nas experiências dos enfermeiros, ou ainda na validação psicométrica de escalas de atitude face à morte cerebral e à doação/transplante, sem apresentarem descrição suficiente de intervenções de enfermagem específicas nem de resultados clínicos ou familiares. A pesquisa foi realizada em 28 de dezembro de 2024.

A estratégia de pesquisa foi delineada em conformidade com o JBI Manual for Evidence Synthesis e a extensão PRISMA-ScR, tendo sido concebida para ser tão abrangente quanto possível dentro dos recursos disponíveis e recorrendo exclusivamente à plataforma EBSCO a qual integra bases de dados centrais para a enfermagem e ciências da saúde.

O protocolo desta *scoping review* está registrado na plataforma Open Science Framework (OSF) sob o DOI 10.17605/OSF.IO/2X5MU.

Em conformidade com as recomendações do Joanna Briggs Institute para *scoping reviews*, não foi realizada avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos incluídos, uma vez que o objetivo principal desta revisão consistiu em mapear a extensão e a natureza da evidência disponível.

Estudo/Seleção de fontes de evidências
A Figura 1 apresenta o diagrama PRISMA com o processo de seleção de dados.

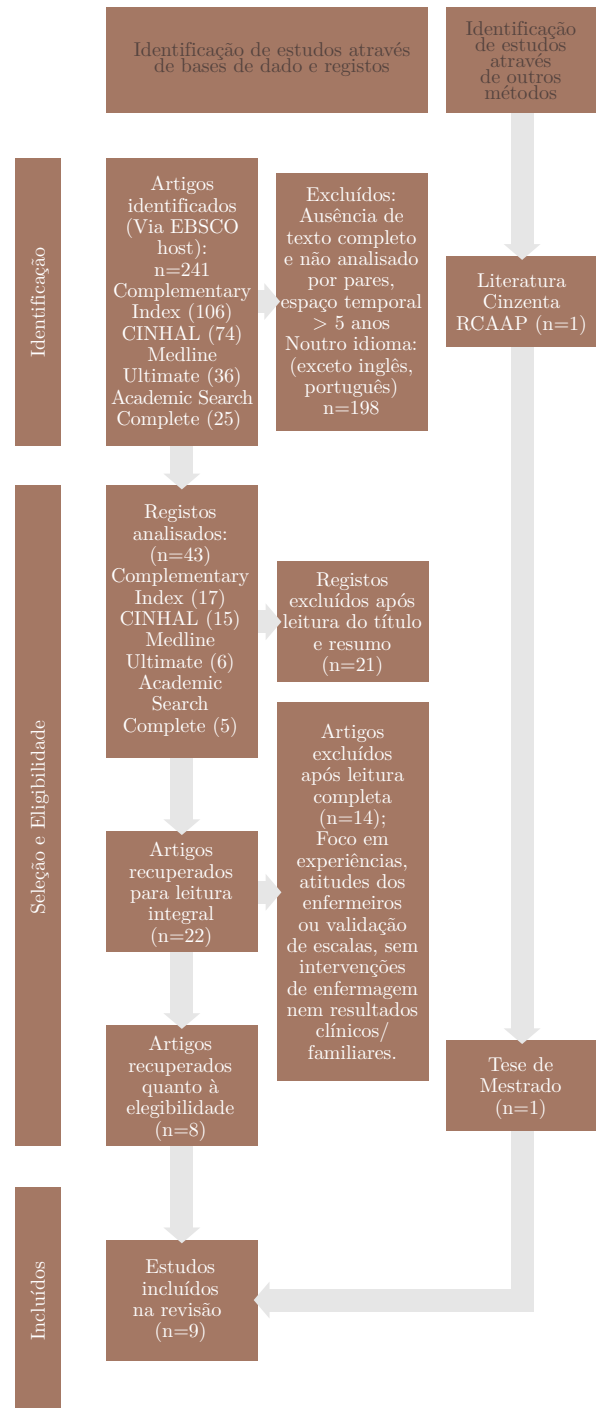


Figura 1: Diagrama PRISMA.

Resultados

A presente revisão da literatura integrou um total de nove estudos, correspondentes a oito artigos científicos e uma dissertação de mestrado. Com vista à sistematização e análise dos dados extraídos, foi elaborada uma matriz de síntese. O Quadro 2 apresenta a caracterização dos estudos incluídos, considerando o autor, ano de publicação, país, desenho do estudo, amostra e contexto, bem como as intervenções descritas, os resultados clínicos e familiares e as principais mensagens para a prática.

Quadro 2: Caracterização dos nove estudos incluídos, integrando autor/ano/país, desenho, amostra/contexto, intervenções de enfermagem, resultados clínicos/familiares e mensagem-chave para a prática.

Autor Ano País	Estudo	Contexto	Intervenções de enfermagem	Resultados clínicos/familiares	Mensagem chave
Yoshikawa <i>et al.</i> , 2021, Brasil.	Revisão Narrativa.	Estudos sobre doentes em morte cerebral; UCI/ UTransplante.	Monitorização hemodinâmica/respiratória; manutenção da ventilação e perfusão; controle metabólico e hormonal; utilização de protocolos de manutenção.	Estabilização do dador e preservação dos órgãos, com menos complicações hemodinâmicas.	Protocolos padronizados de manutenção do potencial dador melhoram o processo de doação e a qualidade dos órgãos.
Tavares & Cunha, 2023, Portugal.	Revisão integrativa.	Doente em morte cerebral; UCI.	Identificação e manutenção do potencial dador; estabilização hemodinâmica; prevenção de infeções; comunicação empática e apoio à família.	Melhor qualidade dos órgãos e processo de doação mais eficaz; comunicação estruturada reduz sofrimento familiar.	Atuação do enfermeiro, reforçada com formação específica e protocolos de estabilização, é determinante para preservar órgãos e apoiar a família.
Ribeiro <i>et al.</i> , 2022, Brasil.	Revisão integrativa.	Famílias de doentes em morte cerebral; contexto não especificado.	Comunicação clara e estruturada; criação de espaços para dúvidas; suporte emocional contínuo.	Sofrimento intenso, dificuldade em aceitar a morte cerebral e elevado estresse quando há falta de informação.	Qualidade da comunicação e do suporte emocional é importante para reduzir o sofrimento e favorecer decisões informadas sobre a doação.
Sindeux <i>et al.</i> , 2021, Brasil.	Revisão integrativa.	Enfermeiros em UCI com potenciais dadores em morte cerebral.	Monitorização hemodinâmica e fisiológica; estabilização hemodinâmica; prevenção e controle de infeções; cuidados humanizados e éticos.	Maior estabilidade clínica e preservação funcional dos órgãos; processo de doação mais seguro e estruturado.	Cuidados sistematizados centrados em hemodinâmica, infeção, termorregulação e comunicação humanizada são essenciais para a qualidade e eficácia da doação.
Bezerra <i>et al.</i> , 2022, Brasil.	Revisão integrativa.	Estudos sobre potenciais dadores em morte cerebral; múltiplos contextos.	Identificação e gestão de diagnósticos de enfermagem prevalentes, com formação contínua dos enfermeiros sobre morte cerebral e alterações hemodinâmicas.	Maior estabilidade hemodinâmica e preservação dos órgãos; menos falhas associadas a lacunas de conhecimento.	O uso sistemático de diagnósticos de enfermagem, aliado à formação contínua, é crucial para manter a estabilidade do potencial dado e viabilizar a doação.
Barros & Sousa, 2021, Portugal.	Revisão sistemática da literatura.	Famílias de potenciais dadores; processo de doação em meio hospitalar.	Comunicação empática; apoio emocional; garantia de privacidade e ambiente acolhedor; esclarecimento de dúvidas.	Redução do sofrimento emocional, ansiedade e ambivalência da família, com melhor compreensão da morte cerebral e maior abertura para considerar a doação como gesto de conforto no luto.	Intervenções de enfermagem centradas na família, com comunicação empática e apoio psicológico, são essenciais na gestão do luto perante a morte cerebral e podem facilitar a doação de órgãos.
Tolfo <i>et al.</i> , 2021, Brasil.	Estudo descritivo, exploratório, método misto.	125 enfermeiros de comissões hospitalares de doação.	Ações educativas das comissões para capacitar profissionais na manutenção do dador e apoio à família; atuação de enfermeiros dedicados à doação, articulando cuidados ao potencial dador e ações de sensibilização.	Maior probabilidade de efetivação e aumento das taxas de doação; melhor experiência da família quando existe apoio e informação.	Ações centradas na família, formação especializada e valorização do enfermeiro, com campanhas de sensibilização, potencializam o aumento da doação de órgãos e tecnologias.
Fernández-Alonso <i>et al.</i> , 2020, Espanha.	Estudo qualitativo exploratório, descritivo.	16 enf. coordenadores de 6 hospitais públicos de Madrid.	Cumprimento da vontade do dador; preservação da integridade corporal e dos órgãos; apoio contínuo à família; comunicação honesta; coordenação rigorosa do processo; respeito pelo anonimato.	Melhoria da qualidade em todo o percurso da ação, com melhor preservação dos órgãos e reforço da segurança; experiência familiar mais positiva e maior disponibilidade para consentir a doação.	Enfermeiro coordenador é peça nuclear na manutenção da previsão dos órgãos e no suporte à família, articulando cuidados técnicos, comunicação empática e gestão ética de todo o processo de doação.
Teixeira, M., 2021, Portugal.	Tese de mestrado em enfermagem (prática/reflexão).	Enfermeiros em serviços de urgência e UCI envolvidos na doação de órgãos e tecidos.	Identificação do doente em morte cerebral; manutenção hemodinâmica do potencial dador; aplicação de protocolos; comunicação empática e esclarecedora com a família; atuação informada em aspetos ético-legais.	Melhoria da estabilidade hemodinâmica e preservação dos órgãos; maior compreensão e facilidade do processo de doação por parte das famílias.	Os enfermeiros têm papel central na identificação e manutenção do potencial dador e apoio à família, exigindo protocolos claros e formação contínua técnica e relacional.

O diagrama apresentado na Figura 2 descreve, de forma sistematizada e sequencial, o processo de manutenção do potencial dador em morte cerebral, integrando as intervenções da Enfermagem Clínica, da Coordenação Hospitalar da Doação e da Comunicação e Apoio à Família, bem como os correspondentes indicadores e metas clínico-processuais.

Figura 2: Diagrama de raías do processo de manutenção do potencial dador em morte cerebral, integrando as intervenções de Enfermagem Clínica, Coordenação Hospitalar de Doação e Comunicação/Apoio à Família, com os indicadores/resultados associados.

Fase	Enfermagem Clínica (UCI/SU)	Coordenação Hospitalar de Doação (CHD)	Comunicação & Apoio à Família	Indicadores/Resultados
1. Identificação do PDO e confirmação da (MC)	Mnemônica ABC: <i>Etiology of brain damage; Brain death alerts; Contraindications to organ donation.</i> Utilização de <i>checklists</i> e protocolos padronizados. Ativação do protocolo MC.	Abertura do processo: Avaliação elegibilidade (história, exame, serologias, culturas). Consulta do RENNDA.	Informação clara e empática sobre diagnóstico de MC e possibilidade de doação; tempo para perguntas e expressão emocional.	Identificação precoce do PDO, menor perda de potenciais dadores por falha de notificação. Respeito à vontade expressa do dador.
2. Estabilização hemodinâmica	VIPPS (ventilação, infusão, pressão, suporte farmacológico, instruções específicas). Manter PAM 65-70 mmHg (aceitável 60-80) ou PAS \geq 100 mmHg; Vigilância de sinais de hipoperfusão e arritmias; Registro do débito urinário (0,5-2,5 mL/kg/h).	Protocolos de estabilização; Articulação multidisciplinar.	Atualizações estruturadas sobre estado clínico e objetivos de estabilização, explicando a necessidade de manter suporte.	PAM 60-80 mmHg; Débito urinário 0,5-2,5 mL/kg/ Redução de episódios PCR pré- colheita; PAM/DU em alvo; Preservação de órgãos.
3. Ventilação e oxigenação	Ventilação protetora: VC 6-8 mL/kg, PEEP adequada; Evitar volutrauma/barotrauma. Monitorização gasométrica seriada.	Planeamento de exames respiratórios/imagiológicos para avaliação de probabilidades pulmonares; Articulação com recetores.	Esclarecer o papel do ventilador e do suporte tecnológico, humanizando o ambiente (explicação de alarmes, ruídos, tubos).	PaO ₂ /FiO ₂ \geq 300, menor incidência de atelectasias e hipoxemia sem potencial de dano.
4. Termorregulação, metabolismo e prevenção de infeção	Temperatura 36-37 °C, estratégias ativas de aquecimento para prevenir hipotermia. Glicemia 120-180 mg/dL (ideal \approx 150); Na ⁺ 135-155 mEq/L; K ⁺ 4-5 mEq/L; pH 7,35-7,45; PVC 6-8 mmHg; Monitorização do lactato; Implementação de pacote de PPCIRA.	<i>Checklists</i> de exames seriados (bioquímica, hemograma, coagulação), serologias, culturas; documentos para decisão de autorização de órgãos.	Preparar para tempos de espera e reavaliações; presença contínua, apoio na gestão da ansiedade e incerteza.	Parâmetros metabólicos em alvo, redução de infeções e melhor qualidade dos órgãos.
5. Ética, humanização e fecho documental do processo	Registros completos; Respeito pela dignidade do corpo.	Condução ética do processo, gestão documental, respeito pela vontade do dador e anonimato	Entrevista para consentimento de doação, comunicação empática, apoio no início do luto	Consentimento/colaboração familiar, experiência de luto menos traumática, processo alinhado com boas práticas

Legenda: PAM – pressão arterial média; PAS – pressão arterial sistólica; DU – Débito urinário; Na⁺ – concentração sérica de sódio; K⁺ – concentração sérica de potássio; pH – potencial hidrogeniônico sanguíneo; PVC – pressão venosa central; PDO – potencial dador de órgãos; MC – morte cerebral; CHD – Coordenação Hospitalar de Doação; PPCIRA – Programa de Prevenção e Controle de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos; RENNDA – Registo Nacional de Não Dadores.

Fonte: Elaboração própria a partir do manuscrito submetido “Intervenção de Enfermagem Especializada ao Potencial Dador em Morte Cerebral e à Família” e da evidência mapeada na revisão.

Discussão

A presente revisão abrange nove estudos selecionados, os quais englobam distintas metodologias de investigação: quatro revisões integrativas da literatura, uma revisão sistemática, uma revisão narrativa, um estudo transversal descritivo e exploratório, um estudo exploratório qualitativo e uma dissertação de mestrado. Esta diversidade metodológica permitiu uma análise abrangente e multifacetada do fenómeno em estudo.

Da análise dos dados extraídos emergiram várias categorias temáticas fundamentais para a compreensão do processo de doação de órgãos e do papel do enfermeiro neste contexto complexo. Destacam-se,

entre estas, as intervenções de enfermagem na identificação, monitorização e manutenção do potencial dador em morte cerebral; as experiências, necessidades e desafios enfrentados pelas famílias; e as competências e necessidades formativas dos profissionais de enfermagem. Paralelamente, tornam-se evidentes os aspetos éticos e legais inerentes à doação de órgãos, bem como a importância da qualidade da comunicação e do suporte emocional prestado às famílias durante todo o processo. Por fim, a coordenação e gestão eficiente do processo de doação, através de equipas multidisciplinares articuladas e protocolos padronizados, revelam-se igualmente cruciais para a eficácia do sistema e para a concretização do potencial de doação de órgãos.

As seis revisões da literatura incluídas (quatro integrativas, uma sistemática e uma narrativa) evidenciaram um conjunto convergente de intervenções de enfermagem dirigidas ao potencial dador em morte cerebral e à família. No plano clínico, estas revisões descrevem como intervenções nucleares a monitorização e estabilização hemodinâmica, a otimização da ventilação e oxigenação, a termorregulação, o controle metabólico e a prevenção de infeção. De forma transversal, enfatizam a adoção de protocolos padronizados, *checklists* e feixes de cuidados, os quais são recomendados para a obtenção de parâmetros fisiológicos-alvo e para a preservação da previsão dos órgãos.

No plano comunicacional, as revisões que abordam a dimensão familiar demonstram que estratégias de comunicação estruturada, apoio emocional contínuo e espaços seguros para esclarecimento de dúvidas melhoram a compreensão do diagnóstico de morte cerebral, supervisionando o sofrimento no luto e apoiando decisões mais informadas relativamente à doação. Os autores sublinham ainda a necessidade de formação contínua dos profissionais e de uma articulação multidisciplinar eficaz, apresentando-se como determinante para a qualidade global do processo.

Dois estudos primários, um de método misto com enfermeiros das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante e um estudo qualitativo exploratório com enfermeiros coordenadores de transplantes, exploram a implementação concreta das intervenções de enfermagem ao potencial dador e à família. Tolfo *et al* analisa ações educativas, campanhas de sensibilização e estratégias de capacitação de profissionais, bem como medidas de acolhimento e apoio à família, mostrando que essas iniciativas têm potencial para aumentar os índices de doação de órgãos e tecidos. Fernández-Alonso *et al* descrevem o papel central do enfermeiro coordenador na concretização da vontade do dador, na atenção da família como extensão do dador e na especificidade do processo de doação, sublinhando que cuidados de enfermagem assentes em comunicação contínua, honesta e humanizada orientada para melhor preservação dos órgãos e para maior disponibilidade familiar em consentir a doação.

A dissertação de mestrado de Teixeira, apresentada como relatório de prática especializada, analisa a atuação de enfermeiros de urgência e UCI no processo de doação, desde a identificação do doente em morte cerebral até à manutenção hemodinâmica e fisiológica do potencial dado e à abordagem estruturada da família. O estudo destaca o papel central do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica na aplicação do Processo de Enfermagem, na utilização de diagnósticos e instruções específicas e na condução de entrevistas familiares em ambiente acolhedor, integrando competências técnicas, comunicacionais e o enquadramento ético-legal da doação.

Intervenções de enfermagem ao potencial dador de órgãos

Na revisão conduzida por Yoshikawa *et al* sobre a gestão do doador de órgãos, são descritos dois principais mecanismos que levam à morte cerebral (MC). O primeiro envolve o aumento da pressão intracraniana (PIC), resultando na interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, necrose tecidual e falha na absorção de sangue pelo tecido cerebral. O segundo, conforme descrito por Palmer e Bader, ocorre pelo colapso do sistema nervoso a nível capilar e celular, onde, apesar da manutenção do fluxo sanguíneo, a oxigenação do tecido cerebral cai para zero. Ambos os processos levam à cessação irreversível da função cerebral, caracterizando a MC⁽⁵⁾.

De acordo com Yoshikawa *et al*, a isquemia decorrente da MC desencadeia uma cascata de alterações hormonais, metabólicas e hemodinâmicas, resultando em estimulação vagal e simpática. Esse processo manifesta-se clinicamente pela tríade de Cushing—bradicardia, hipertensão e padrão respiratório irregular—e progride para apneia. Subsequentemente, desenvolvem-se disfunções multissistémicas, incluindo alterações cardiovasculares (hipertensão, arritmias), pulmonares (edema pulmonar, lesão induzida por ventilação mecânica), termorregulatórias (hipotermia), endócrinas (diabetes *insipidus*, hipoglicemia), renais (lesão renal aguda) e hematológicas (coagulação intravascular disseminada). Além disso, a ativação de mediadores pró-inflamatórios promove uma resposta inflamatória sistémica significativa, que pode comprometer a viabilidade do enxerto pós-transplante⁽⁵⁾.

A análise conduzida por Tavares & Cunha teve como objetivo identificar as intervenções de enfermagem essenciais para garantir a viabilidade dos órgãos do dador em morte cerebral. Segundo os autores, esse processo organiza-se em quatro pontos fundamentais: a identificação e avaliação do potencial dador, utilizando *checklists* que aumentam a eficácia e segurança dos profissionais de saúde; a estabilização clínica, baseada na monitorização contínua e na redução do número de paragens cardiorrespiratórias; o papel crucial do médico intensivista no contexto da doação; e, por fim, a importância da investigação científica sobre os mecanismos fisiopatológicos da morte cerebral e os danos reversíveis nos órgãos⁽⁶⁾.

Estudos sugerem que a adoção de ferramentas estruturadas, como *checklists* e protocolos padronizados, podem ser uma estratégia eficaz para otimizar o processo de manutenção do PDO^(6,7,8,13).

A criação de mnemónicas, como a abordagem ABC (*Etiology of Brain Damage, Brain Death Alerts, e Contraindications to Organ Donation*), facilita a identificação precoce do PDO e padroniza as ações dos profissionais em situações críticas. A mnemónica ABC organiza de forma clara os aspetos-chave para a avaliação de um PDO, sendo A dedicada à “Etiology of brain damage” (etiologia do dano cerebral), que ajuda a identificar a causa do quadro de morte cerebral; B, “Brain death alerts” (alertas de morte cerebral), que envolve os sinais clínicos e exames abonatórios da morte cerebral; e C, “Contraindications to organ donation” (contra-indicações à doação de órgãos), que considera fatores que impedem a doação, como infeções ativas ou outras condições clínicas. Além disso, como referem os autores Martin-Loches *et al.*, a mnemónica VIPPS (*Ventilation, Infusion, Pumping/Pressure, Pharmacological support and Specific interventions*) vai além da ventilação, perfusão e bombeamento/pressão, incluindo o suporte farmacológico e intervenções específicas para uma estabilização mais eficaz do PDO⁽⁶⁾. Esta abordagem adaptada procura uma gestão mais eficiente dos doentes críticos, envolvendo uma combinação de ventilação mecânica invasiva, reposição de volume, uso de inotrópicos ou vasopressores e intervenções específicas, proporcionando assim uma estabilização contínua e controlada do estado do doente⁽⁶⁾.

A nível de suporte hemodinâmico, a “tempestade simpática” na MC é caracterizada por duas fases distintas, conforme descrito por Yoshikawa. A fase inicial de hiperatividade adrenérgica, manifestada por taquicardia e hipertensão, dura aproximadamente 30 minutos e é seguida por hipotensão. Embora não haja consenso sobre o tratamento da crise hipertensiva inicial, níveis sistólicos ≥ 160 mmHg por mais de 30 minutos podem resultar em danos orgânicos devido à hipoperfusão de órgãos intra-abdominais. Caso seja necessário o controle temporário da pressão arterial, recomenda-se o uso de esmolol ou nitroprussiato⁽⁵⁾.

De acordo com o estudo mencionado, os parâmetros hemodinâmicos recomendados incluem a manutenção da pressão arterial média (PAM) entre 60 e 80 mmHg, ou, alternativamente, uma pressão arterial sistólica (PAS) mínima de 100 mmHg⁽⁵⁾.

Uma análise comparativa entre as metas fisiológicas propostas por Hunt & Murphy, tal como sintetizadas por Tavares & Cunha⁽⁶⁾, e as recomendações de Yoshikawa *et al.*⁽⁵⁾ permite mapear, de forma abrangente, o enquadramento das parâmetros clínicos-alvo e dos protocolos de manutenção do potencial dador, integrando objetivos específicos para pressão arterial média, temperatura, diurese, eletrólitos (sódio e potássio), equilíbrio ácido-base (pH), relação PaO₂/FiO₂, pressão venosa central e estratégias transfusionais.

Para uma compreensão mais robusta das evidências disponíveis, apresenta-se a seguir um quadro comparativo dos principais parâmetros de manutenção do potencial dador em morte cerebral relacionando as metas fisiológicas propostas por Hunt & Murphy, mencionadas por Tavares & Cunha⁽⁶⁾, com as recomendações descritas por Yoshikawa *et al.*⁽⁵⁾.

A análise do quadro comparativo evidencia que os parâmetros clínicos definidos para a gestão do potencial dador em morte cerebral encontram-se, de forma geral, alinhadas com as recomendações do *EDQM Guide for Organ Transplantation*, o que reforçam a sua coerência com as orientações europeias atualmente em vigor. Neste sentido, a convergência observada entre os valores apresentados nos artigos detalhados e as orientações do *EDQM Guide for Organ Transplantation* (2022), sugere a existência de um

núcleo de consenso internacional relativamente às metas hemodinâmicas, respiratórias, metabólicas e transfusionais a privilegiar neste contexto, sustentando a validade externa dos parâmetros sintetizados a partir de Hunt & Murphy, citado por Tavares & Cunha⁽⁶⁾, e Yoshikawa *et al*⁽⁵⁾.

Quadro 3: Parâmetros de manutenção do potencial dador em morte cerebral: comparação entre Hunt & Murphy (citados por Tavares & Cunha) e Yoshikawa *et al*.

Parâmetro	Hunt & Murphy 2020 (Tavares & Cunha)	Yoshikawa <i>et al</i>
Objetivo geral.	Metas fisiológicas específicas para garantir perfusão e viabilidade dos órgãos.	Gestão detalhada da hemodinâmica, ventilação e fisiopatologia da MC.
PAM/PA Hemodinâmica.	PAM ≥ 65-70 mmHg.	Manter PAM 60-80 mmHg ou PAS ≥ 100 mmHg; Vasopressina em bólus, seguida de 0,5-2,4 U/h; Bradirritmias e taquiarritmias tratadas segundo protocolos da AHA, evitando atropina na bradicardia.
Temperatura corporal.	36-37 °C; estratégias ativas de aquecimento; prevenir hipotermia.	36-37,5°C; monitorização central (nasofaringe/esófago); estratégias ativas de aquecimento.
Ventilação e oxigenação.	PaO ₂ /FiO ₂ = 300 mmHg. Enfatizam recrutamento alveolar.	Ventilação protetora: VC 6-8 mL/kg, PEEP 8-10, pressão de platô < 30 cmH ₂ O; PaO ₂ ≥ 90 mmHg; prevenção de LPA/SDRA.
Débito urinário.	0,5-2,5 mL/kg/h.	0,5-4 mL/kg/h, com correção de DI.
Glicemia.	120-180 mg/dL, ideal em torno de 150 mg/dL.	Controlar glicemia capilar de 6/6 h; tratar valores persistentes > 180 mg/dL.
Sódio sérico.	135-155 mEq/L.	130-150 mEq/L; corrigir hipernatremia com NaCl 0,45% ou SG 5%.
Potássio sérico.	4-5 mEq/L.	Não define intervalo numérico; recomenda monitorização de K, Ca, Mg e P de 6/6 h.
pH arterial.	7,35-7,45.	7,35-7,45 (aceita até 7,20 em situações específicas).
PVC.	6-8 mmHg.	PVC < 4 mmHg indica necessidade de regulação volêmica; valores 8-12 mmHg não predizem, por si, resposta a fluidos.
Nutrição.	Sem informação detalhada.	Aporte calórico 70-85% do gasto energético basal; contraindicado em instabilidade grave.
Transfusão/coagulação.	Não explicita critérios formais de Hb, fibrinogénio ou plaquetas.	Transfundir se Hb < 7 g/dL (ou 7-10 g/dL se não atingir alvo de PAM); manter Htc > 30%; crioprecipitado se fibrinogénio < 100 mg/dL; plaquetas se < 80 000/mm ³ .

Nota: PAM – pressão arterial média; PA – pressão arterial; PAS – pressão arterial sistólica; PaO₂ – pressão arterial de oxigénio; FiO₂ – fração inspirada de oxigénio; PVC – pressão venosa central; Na – sódio; K – potássio; Ca – cálcio; Mg – magnésio; P – fósforo; DI – diabetes insípida; Hb – hemoglobina; Ht – hematócrito; CIVD – coagulação intravascular disseminada; AHA – *American Heart Association*.

Apesar da consistência global observada, as pequenas discrepâncias numéricas identificadas entre os artigos e o guia europeu não parecem traduzir uma divergência conceptual, mas antes a necessidade de preservar uma margem de adaptação clínica às particularidades da doença crítica. Esta constatação reforça a importância de uma leitura crítica e contextualizada das diretrizes e evidencia a necessidade de investigação adicional que permita esclarecer se metas mais conservadoras ou mais permissivas (por exemplo, na pressão arterial média, nos níveis séricos de eletrólitos ou na relação PaO₂/FiO₂) associam-se aos melhores estudos clínicos. Tais contribuições poderão, a médio prazo, promover uma maior harmonização entre a evidência empírica e as recomendações normativas aplicáveis à gestão do potencial dador em morte cerebral, reforçando padrões de qualidade e segurança alinhados com as orientações do Conselho Europeu.

A revisão integrativa de Sindeuax *et al* (2021), sobre os cuidados de enfermagem ao PDO em morte cerebral, enfatiza igualmente a primordialidade da monitorização hemodinâmica. Esta inclui a manutenção da pressão arterial em níveis adequados, preferencialmente por via invasiva, a infusão de cristaloides aquecidos, a vigilância de sinais de hipoperfusão e a medição da pressão venosa central. O estudo sublinha ainda a importância do controlo de arritmias e do reconhecimento precoce de alterações hemodinâmicas e complicações orgânicas para assegurar a viabilidade dos órgãos para transplante⁽⁸⁾.

Os principais diagnósticos de enfermagem aplicáveis ao potencial PDO foram sistematizados por Bezerra *et al* (2022), com base na Classificação da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). A síntese apresentada de seguida integra os diagnósticos mais frequentemente identificados pelos autores, organizados segundo os respetivos fatores relacionados e implicações clínicas, com o objetivo de evidenciar as áreas críticas da intervenção de enfermagem no contexto dos cuidados intensivos⁽⁹⁾.

Quadro 4: Diagnósticos de enfermagem no PDO, adaptados de Bezerra *et al* (2022), formulados de acordo com a taxonomia NANDA International (2021–2023), incluindo os fatores associados e as implicações clínicas descritas pelos autores com base na evidência mapeada.

Diagnóstico (NANDA-I)	Fatores associados	Implicações clínicas
Hipotermia.	Perda da termorregulação central.	Reduz a estabilidade hemodinâmica e pode comprometer as metas dos órgãos.
Risco de débito cardíaco diminuído.	Vasodilatação, hipotensão, disfunção autonômica.	Exige monitorização hemodinâmica, pressão e titulação de vasopressores.
Risco de volume de líquidos comprometido.	Hipovolemia, hemorragia, perdas renais.	Prejudica perfusão tecidual e a qualidade dos órgãos para transplante.
Troca gasosa prejudicada.	Desequilíbrio ventilação-perfusão, edema pulmonar.	Diminuir a oxigenação dos tecidos e pode limitar a utilização de órgãos.
Risco de glicemia instável.	Disfunção endócrina, terapêutica, jejum.	Desregula o metabolismo energético e contribui para instabilidade clínica.
Risco de hemorragia.	Coagulopatia, disfunção hepática, procedimentos.	Agrava instabilidade hemodinâmica e pode inviabilizar a colheita.
Risco de infecção.	Dispositivos invasivos, déficit adaptativo.	Aumenta o risco de infecções e pode contraindicar a utilização de órgãos.

Os diagnósticos de enfermagem identificados evidenciam que a manutenção do potencial dador exige uma abordagem sistemática e protocolada, centrada na prevenção de complicações hemodinâmicas, respiratórias, metabólicas e infecciosas, de forma a preservar a viabilidade dos órgãos para transplante.

A avaliação para transplante de órgãos e tecidos deve assegurar a ausência de risco de transmissão de doenças infecciosas ou neoplásicas, bem como determinar a funcionalidade dos órgãos a serem transplantados^(5,6,8,9). No doente em morte cerebral, essa avaliação compreende a história clínica, exame físico, exames complementares de diagnóstico e relatório intraoperatório. A história clínica é obtida por meio da análise dos registos médicos e entrevistas com familiares. O exame físico, incluindo medidas antropométricas, é essencial para garantir a compatibilidade entre doador e receptor e identificar possíveis contraindicações. Os exames englobam hemoculturas e uroculturas, testes bioquímicos realizados a cada 24 horas e testes serológicos⁽⁵⁾.

Os estudos incluídos nesta *scoping review* convergem na importância da monitorização laboratorial contínua do potencial dador, mas tendem a descrevê-la de forma genérica, sem explicitar, de modo sistemático, o painel de hemoculturas, uroculturas, testes bioquímicos seriados e sorologias a realizar. Em contrapartida, as orientações normativas internacionais,

nomeadamente no *Guide to the quality and safety of organs for transplantation* (2022), estabelecem explicitamente estes exames como componente obrigatório da avaliação do dador, o que evidencia um desfazamento entre o nível de detalhe laboratorial preconizado pelos referenciais técnico-regulatórios e a forma como a prática é descrita na literatura de enfermagem.

Os resultados do estudo desenvolvido em Espanha por Fernández-Alonso *et al*, destaca o papel crucial dos enfermeiros coordenadores de transplantes (CNT), enfatizando a perspectiva ética e a humanização do processo de doação de órgãos. O aspeto central é o respeito pela autonomia do dador, mesmo após a MC. Os enfermeiros asseguram que o desejo do dador seja honrado, tratando-o como um doente com direitos. Isso inclui a manutenção da dignidade através de cuidados estéticos do corpo, preservando o respeito pelo dador e pelos familiares. Além disso, a decisão de doar é vista como um ato de generosidade que exige suporte ético e técnico adequado. Esta abordagem reflete um forte compromisso com os princípios éticos e a humanização do processo de doação de órgãos no sistema espanhol⁽¹³⁾.

Cuidados à família

De acordo com a revisão integrativa realizada por Ribeiro *et al* (2022), as famílias enfrentam grande sofrimento emocional no momento da comunicação do diagnóstico de morte cerebral, com manifestações frequentes de tristeza, angústia, luto e negação. O processo de doação de órgãos é marcado por um conjunto de fases distintas, cada uma delas associada a reações emocionais e comportamentais específicas por parte dos familiares do potencial dador. Na fase inicial, os familiares experimentam intensa preocupação e medo do prognóstico, frequentemente acompanhados pela negação da gravidade do quadro clínico. Com o avançar do processo, surge uma dificuldade significativa na compreensão da morte cerebral. Muitos ainda mantêm esperanças de um diagnóstico reversível, acreditando na possibilidade de recuperação⁽⁷⁾.

Após a confirmação do diagnóstico, inicia-se um período especialmente delicado. Esta fase é marcada por uma sensação de dupla perda: a despedida do ente querido e a aceitação da doação, que pode ser

percecionada como uma segunda despedida. Nesse momento crítico, a abordagem da equipa médica e de enfermagem torna-se essencial para apoiar a família e facilitar a tomada de decisão^(6,8,12,13,14). Após a confirmação do diagnóstico, impõe-se a necessidade de informar a família e proceder a uma entrevista elucidativa acerca do processo de doação de órgãos e tecidos^(8,14).

Barros e Sousa também se dedicaram a explorar vivências da família dos PDO, destacando a intensa carga emocional e os sentimentos contraditórios que atravessam neste processo. O desconhecimento sobre o conceito de MC e a falta de clareza nas explicações médicas dificultam a compreensão do diagnóstico, aumentando o sofrimento e, por vezes, geram resistência à doação⁽¹¹⁾. Muitas famílias vivenciam o momento da decisão como uma responsabilidade moral significativa, considerando o impacto de sua escolha na vida dos recetores. Embora isso intensifique o peso emocional, para algumas famílias, a possibilidade de transformar a perda em um gesto altruísta traz consolo e significado, especialmente quando recebem suporte adequado^(12,13).

As famílias que recusam a doação enfrentam desafios emocionais semelhantes, frequentemente agravados por dúvidas e arrependimentos. Em ambos os casos, a experiência é descrita como difícil e repleta de tensão, independentemente da decisão tomada. Este estudo revela dois desafios cruciais que afetam significativamente a experiência das famílias no processo de doação de órgãos: a pressão do tempo, caracterizada pelo curto intervalo entre a notificação do óbito e a solicitação de consentimento para doação, e a falta de apoio emocional adequado, tanto durante o processo deliberativo quanto no período subsequente, independentemente da decisão tomada. Esses fatores combinados intensificam o stresse e a angústia das famílias em um momento já emocionalmente delicado⁽¹²⁾.

Revela-se imperativo respeitar a autonomia familiar, facultando a todos os membros a oportunidade de expressarem a sua perspectiva. O propósito primordial da entrevista consiste em elucidar o processo, abstendo-se de exercer pressão para obter concordância. A autorização da doação pode proporcionar consolo e apoiar no processo de luto; contudo, a ausên-

cia de informações sobre o recetor poderá suscitar frustração^(7,8,12).

Outro fator que pode influenciar a resistência da família à doação de órgãos, descrito por Sindeuax *et al* (2021), é a insuficiência de conhecimento técnico dos profissionais de saúde sobre morte cerebral e os seus indicadores pode comprometer a comunicação eficaz com os familiares e a abordagem centrada ao doente. A confiança e segurança transmitidas pelos profissionais revela-se crucial para a aceitação ou recusa da doação de órgãos, influenciando profundamente o desfecho do processo⁽⁸⁾.

Na perspetiva dos Enfermeiros de Coordenação de Transplantes, a família é considerada uma extensão do dador, desempenhando um papel fundamental na continuidade do processo de doação. O apoio à família é pautado por uma comunicação constante, organizada e respeitosa, que prioriza a privacidade e o respeito pelo luto. Além disso, os Enfermeiros de Coordenação de Transplantes frequentemente acompanham as famílias em momentos mais delicados, como a ida ao bloco operatório ou a libertação do corpo, reforçando o suporte emocional durante as etapas mais críticas do processo⁽¹³⁾.

Os resultados quantitativos do estudo de Tolfo *et al* (2020), que envolveu 125 enfermeiros das Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), evidenciam a importância das ações de orientação e apoio realizadas pelos enfermeiros no contexto da doação de órgãos. Verificou-se que uma percentagem significativa de profissionais, nomeadamente 64,8%, afirmou promover e organizar “sempre” suporte familiar antes, durante e após o processo de doação, demonstrando assim a importância do suporte contínuo aos familiares. Adicionalmente, 53,6% dos enfermeiros relataram manter “sempre” contacto telefónico com os familiares, com o intuito de fornecer informações essenciais e esclarecer dúvidas ao longo do processo. No que concerne ao respeito pelos desejos do potencial dador e da sua família, 61,6% dos enfermeiros afirmaram agir “sempre” em conformidade com essas vontades, mesmo quando pessoalmente discordam das decisões tomadas. O suporte familiar emergiu como pilar essencial, destacando a importância da receção humanizada,

comunicação contínua e apoio integral às famílias durante o processo de doação⁽¹¹⁾.

Competências e formação dos enfermeiros

Conforme evidenciado por Ribeiro *et al*, identificaram-se desafios significativos no processo de doação de órgãos, nomeadamente: a insuficiência de competências técnicas dos profissionais de saúde responsáveis pela condução das entrevistas familiares; a inadequação dos ambientes destinados a estas interações; e a premente necessidade de fomentar oportunidades de aprendizagem e intercâmbio de experiências entre os profissionais envolvidos neste contexto sensível^(7,14).

Tavares & Cunha identificaram lacunas significativas no conhecimento técnico dos enfermeiros relativamente ao protocolo de morte cerebral e à manutenção do potencial doador de órgãos. O estudo revelou que 50% dos profissionais avaliados desconheciam o momento adequado para iniciar o protocolo de MC ou os parâmetros fisiológicos ideais para a manutenção do PDO, evidenciando também fragilidades na identificação precoce de alterações hemodinâmicas. Outra lacuna identificada por estes autores foi a escassez de equipamentos específicos para o diagnóstico e manutenção do PDO bem como falta de profissionais capacitados⁽⁶⁾.

Os resultados dos estudos analisados evidenciam que os profissionais de enfermagem enfrentam obstáculos significativos no domínio dos critérios e das manifestações clínicas associadas à morte cerebral, bem como na preservação do potencial doador de órgãos. As vulnerabilidades identificadas incluem fragilidades na deteção precoce de indicadores de compromisso fisiológico, nomeadamente hipotermia, instabilidade hemodinâmica e distúrbios hidroeletrólíticos associados à poliúria/diabetes *insipidus*.

Observam-se igualmente lacunas na implementação de critérios preventivos de complicações e na adesão a protocolos *standardizados* para a manutenção das funções hemodinâmicas e metabólicas doente^(5,6,8,9).

Na dimensão da capacitação profissional, os resultados da investigação de Tolfo *et al* foram particularmente reveladores: apenas 15,2% dos profissionais realizam regularmente atividades de formação, e 55%

raramente participam em ações educativas externas ao hospital. A capacitação profissional foi destacada no estudo, anteriormente referido, como um desafio para superar falta de conhecimentos técnicos, lacunas de habilidades e inseguranças profissionais, que podem comprometer o processo de doação de órgãos⁽¹¹⁾.

Os resultados evidenciam a complexidade e a multidimensionalidade do processo de doação de órgãos, reforçando o papel crucial do enfermeiro na manutenção PDO, no suporte às famílias e na coordenação de todo o processo. Os estudos analisados destacam intervenções de enfermagem como pilares fundamentais para a estabilização clínica do PDO e para a efetivação do transplante, sublinhando a necessidade de ferramentas estruturadas, como *checklists* e mnemónicas (ABC e VIPPS), que otimizam a identificação precoce, a monitorização contínua e a redução de riscos associados à má gestão dos parâmetros fisiológicos.

No âmbito do apoio às famílias dos potenciais doadores, os resultados da pesquisa salientam o impacto emocional intenso provocado pelo diagnóstico de morte cerebral. Sentimentos de luto, angústia, negação e dificuldade em compreender o conceito de morte cerebral são comuns entre os familiares, criando barreiras que podem dificultar a aceitação da doação de órgãos. Os estudos reforçam a importância de uma comunicação empática e eficaz, orientada para esclarecer dúvidas e reduzir a ansiedade familiar. Estratégias de suporte e apoio emocional, como a organização de momentos de despedida, e um suporte contínuo, que respeite os valores e as necessidades emocionais das famílias, mostram-se indispensáveis para aliviar o sofrimento^(7,12,13,14).

Apesar dos esforços das equipas de enfermagem, desafios como a pressão do tempo para tomar decisões e a falta de apoio emocional durante e após o processo continuam a ser limitações importantes. Estas condições podem aumentar o sofrimento familiar e influenciar negativamente as decisões relativas à doação, destacando a importância de estratégias mais humanizadas e personalizadas. Neste contexto, o papel do enfermeiro como intermediário entre a família, a equipa médica e o processo de transplante é central para garantir que as decisões sejam tomadas de forma informada e respeitosa⁽¹²⁾.

O tempo é um fator crítico neste processo, uma vez que períodos prolongados entre o diagnóstico e a remoção dos órgãos estão associados a uma resposta inflamatória mais intensa e resultados menos favoráveis nos transplantes. Por isso, recomenda-se que o intervalo entre o diagnóstico de MC e a colheita dos órgãos seja limitado a 12-24 horas⁽⁵⁾. Um estudo sobre o impacto da duração da MC do dador nos resultados pós-transplante, avaliou a influência do intervalo entre o diagnóstico de morte cerebral e a colheita de órgãos na função do enxerto e na sobrevivência dos receptores de transplante renal, hepático, cardíaco e pulmonar. Os resultados desafiam a ideia de que a extensão deste intervalo para além de 12-24 horas seja, por si só, prejudicial, sugerindo que a duração ideal varia consoante o órgão e depende predominantemente da qualidade da estabilização hemodinâmica e metabólica do dador, antes que de um limite temporal rígido, salientando a relevância de estratégias individualizadas de manutenção do dador para otimizar a viabilidade dos enxertos⁽¹⁵⁾.

Estes resultados sugerem que uma “janela ideal” varia conforme o órgão e que os resultados pós-transplante dependem mais da qualidade da monitorização e correção das alterações fisiopatológicas do que de um corte temporal absoluto. Para esta revisão, estes achados reforçam dois aspectos centrais para a enfermagem especializada. Primeiro, evidenciamos que intervenções eficazes de estabilização hemodinâmica, termorregulação, controle metabólico e prevenção de infecção podem reduzir o impacto dos tempos de espera mais longos até a colheita. Em segundo lugar, sustentamos uma abordagem individualizada, em que o momento ótimo da colheita resulta da combinação entre o tempo decorrido desde o diagnóstico de MC e indicadores sensíveis de estabilidade clínica, articulando segurança do enxerto e logística da doação.

Os resultados dos estudos enfatizam o papel ético e humanizado no cuidado ao PDO. O respeito pela autonomia e dignidade do dador emerge como um princípio central, refletido tanto na manutenção da integridade corporal quanto no suporte emocional à família. Este enfoque ético, alinhado com o compromisso dos enfermeiros coordenadores de transplantes em articular de forma eficiente as várias etapas do

processo, demonstra como a humanização é essencial para o sucesso da doação de órgãos^(13,14). Contudo, a investigação também aponta para a necessidade de maior suporte institucional, que inclui dedicação exclusiva a este tipo de trabalho, remuneração adequada e formação especializada para os profissionais envolvidos⁽¹³⁾.

Finalmente, o papel das campanhas de sensibilização e das ações educativas é sublinhado como fundamental para desmistificar preconceitos sociais sobre a doação de órgãos e promover uma maior aceitação por parte da sociedade⁽¹¹⁾. No entanto, observa-se baixa adesão dos profissionais a formações regulares e insuficiência de iniciativas de educação continuada, o que representa um entrave para o aprimoramento das práticas^(8,9,11,14).

A leitura do Diagrama de raias do processo de manutenção do potencial dador em morte cerebral, evidencia que as intervenções de Enfermagem Clínica, da Coordenação Hospitalar de Doação e da Comunicação/Apoio à Família se distribuem de forma interdependente ao longo de todas as fases do processo de manutenção do potencial dador em morte cerebral, mostrando que a estabilização clínica só é eficaz quando incluída por uma complexidade logística rigorosa (por exemplo, avaliação de elegibilidade, articulação com receptores, gestão temporal da colheita) e por uma comunicação estruturada com a família, orientada para a compreensão da morte cerebral e para o apoio nas decisões sobre a doação. Este padrão reforça a necessidade de protocolos integrados que articulem metas fisiológicas, procedimentos organizacionais e estratégias relacionais, bem como programas de formação específicos para as equipas multiprofissionais, de modo a garantir consistência na prática, reduzir a variabilidade entre serviços e promover um processo de doação simultaneamente seguro, eficiente e humanizado.

Os estudos incluídos evidenciaram, de forma consistente, a centralidade das intervenções clínicas, relacionais e organizacionais no processo de manutenção do potencial dador em morte cerebral.

No plano clínico, destaca-se a necessidade de monitorização hemodinâmica contínua, ajuste de vasopressores para cumprir metas de PAM entre 65-70

mmHg, utilização de ventilação mecânica protetora e controle rigoroso de temperatura, glicemia e eletrólitos, articulados com protocolos estruturados de prevenção e controle de infecção. A melhoria destes cuidados associa-se à maior estabilidade fisiológica do potencial dador, à redução de episódios de colapso hemodinâmico antes da colheita e à melhor preservação funcional dos órgãos, embora tais efeitos surjam predominantemente em narrativas de segurança, com escassa quantificação sistemática dos resultados.

No domínio da família, são descritas intervenções de enfermagem centradas na comunicação e no suporte emocional, incluindo explicação gradual e compreensão do diagnóstico de morte cerebral, criação de contextos reservados para esclarecimento de dúvidas, presença contínua junto dos familiares, validação das reações emocionais, respeito pelo tempo de decisão e condução de entrevistas de doação em ambientes acolhedores. Estas práticas associam-se a maior compreensão do conceito de morte cerebral, atenuação do sofrimento e da ambivalência perante a perda e maior disponibilidade para considerar a doação como gesto de cuidado e significado no luto, ainda que os benefícios sejam reportados sobretudo em termos qualitativos, sem uso sistemático de instrumentos padronizados de avaliação.

Ao nível organizacional, os estudos que abordam a dinamização hospitalar de doação descrevem processos como a notificação sistemática de potenciais dadores, verificação da elegibilidade clínica e legal, integração entre UCI/urgência, bloco operatório e equipas recetoras, gestão dos intervalos entre a confirmação da morte cerebral e a colheita, bem como a normalização dos registos em todo o percurso. Em vários contextos são ainda relatados programas internos de sensibilização e formação para as equipas assistenciais, com o propósito de reforçar a identificação precoce do potencial dador e a adesão a protocolos institucionais. Estas estratégias parecem associar-se à redução do tempo entre a confirmação da morte cerebral e da colheita, à diminuição de perdas de potenciais dados por falhas organizacionais e ao aumento da efetivação das ações, sobretudo em instituições com coordenadores dedicados e procedimentos bem definidos; no entanto, a evidência permanece maioritariamente descritiva, limitando a

robustez das inferências causais sobre o impacto da estrutura hospitalar.

Em síntese, o sucesso do processo de doação de órgãos está intrinsecamente ligado à implementação de práticas técnicas bem estruturadas, à comunicação empática e ao suporte emocional às famílias, aliados a uma abordagem ética e humanizada. Investimentos em formação, desenvolvimento de protocolos e fortalecimento das equipas multidisciplinares são essenciais para superar os desafios identificados e melhorar os resultados na doação e transplante de órgãos.

Conclusão

A *scoping review* permitiu mapear três domínios centrais da intervenção de enfermagem especializada ao potencial dador em morte cerebral e à família: cuidados clínicos diferenciados, apoio comunicacional e emocional e coordenação organizacional do processo de doação. No seu conjunto, estes domínios traduzem intervenções que são específicas para a estabilização hemodinâmica e fisiológica do potencial dador, para uma compreensão mais clara da morte cerebral por parte da família e para processos de doação mais estruturados e eficientes, ainda que, na maioria dos estudos, os efeitos sejam descritos de forma predominantemente narrativa e pouco quantificada.

No plano familiar, os estudos convergem na relevância de uma comunicação estruturada, gradual e empática, da criação de espaços protegidos para esclarecimento de dúvidas e expressão emocional, e da presença contínua dos profissionais como mediadores entre a família e a equipa multidisciplinar. Estas intervenções relacionam-se com a melhor compreensão da morte cerebral, menor sofrimento e ambivalência, e maior disponibilidade para considerar a doação como gesto de cuidado e significado no luto, ainda que a avaliação destes resultados seja predominantemente qualitativa e pouco apoiada em instrumentos padronizados.

A pressão temporal e a insuficiência de programas formais de apoio psicológico antes e após a decisão mantêm-se como desafios críticos, com impacto potencial nas taxas de registo e na qualidade da experiência familiar.

Ao nível organizacional, a revisão mostra que a existência de coordenadores dedicados, a notificação sistemática de potenciais dadores, a articulação entre UCI/urgência, bloco operatório e equipas recetoras, bem como a normalização de registos e fluxos, se associam à redução de perdas por falhas logísticas e a maior efetivação da doação. Contudo, a evidência permanece essencialmente descritiva, com escassa mensuração do impacto destas estruturas em indicadores objetivos, como tempo entre diagnóstico de morte cerebral e colheita, incidência de colapso hemodinâmico pré-colheita ou resultados de exercício e sobrevivência dos recetores.

A *scoping review* evidenciou lacunas relevantes na literatura de enfermagem, entre as quais se destaca a ausência de ensaios e estudos observacionais robustos que permitem quantificar o efeito das intervenções de enfermagem em resultados clínicos do dador e do recetor, bem como a escassa utilização de instrumentos validados para avaliar o sofrimento, a compreensão da morte cerebral e a qualidade da decisão familiar. Estas fragilidades somam a insuficiência de formação continuada, a baixa participação dos enfermeiros em ações educativas e a não implementação sistemática de programas estruturados de capacitação em morte cerebral, comunicação em fim de vida e coordenação de todo o processo de doação

Essas lacunas têm implicações diretas para a prática, a gestão e a política em saúde, tornando obrigatório o desenvolvimento e a implementação de protocolos integrados que articulam metas fisiológicas, procedimentos organizacionais e estratégias de comunicação com a família, apoiados por programas de formação específicos para equipas de cuidados intensivos, urgência, bloco operatório e equipas de transplante. Recomenda-se, ainda, a criação de modelos de apoio psicológico continuado às famílias, desde o diagnóstico de morte cerebral até ao período pós-decisão, bem como a definição e monitorização sistemática de indicadores sensíveis à intervenção de enfermagem, de natureza clínica, familiar e organizacional.

Por fim, destaca-se a necessidade de reforçar estratégias de sensibilização e capacitação dos profissionais, bem como o desenvolvimento de campanhas

educativas para desmistificar preconceitos e aumentar a aceitação social da doação de órgãos. Investimentos na formação contínua, na criação de protocolos padronizados e no fortalecimento das equipas multidisciplinares são essenciais para garantir um processo de doação mais eficiente, humanizado e alinhado com as melhores práticas baseadas em evidência.

A evidência apresenta limitações metodológicas e geográficas, com predominância de estudos do Brasil, Portugal e Espanha e dependência de bases consolidadas, o que restringe a generalização dos resultados e reforça a necessidade de futuras revisões com maior diversidade de fontes e protocolos registados. Esta concentração geográfica de estudos limita a generalização dos resultados a realidades fora do contexto ibero-americano, exigindo prudência na extrapolação dos achados para outros sistemas de saúde.

Para a investigação futura, torna-se prioritário: (1) desenvolver estudos multicêntricos que avaliem o impacto de feixes de intervenção de enfermagem em resultados do dador, da família e do recetor; (2) validar e aplicar instrumentos padronizados para avaliar a experiência familiar e a qualidade da comunicação; e (3) explorar a relação entre qualidade da estabilização do dador, duração da morte cerebral e resultados dos transplantes, de modo a refinar janelas temporais e critérios de decisão centrados na segurança do enxerto. Ao fortalecer a formação especializada, a investigação aplicada e o suporte institucional às equipas de enfermagem e de coordenação da doação, torna-se possível consolidar um processo de doação de órgãos mais, equitativo e profundamente humanizado, alinhado com as melhores práticas internacionais e com as necessidades reais das pessoas em situação crítica e de suas famílias.

Referências

1. European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM). Guide to the quality and safety of organs for transplantation [Internet]. 9th ed. Strasbourg: Council of Europe; 2022 [citado em 27 de dezembro de 2025]. Disponível em: <https://www.edqm.eu/en/guide-quality-and-safety-of-organs-for-transplantation>
2. Streit S, Johnston-Webber C, Mah J, Prionas A, Wharton G, Paulino J, et al. Lessons from the Portuguese solid organ donation and transplantation system: achieving success despite challenging conditions. *Transpl Int*. 2023; 36:11008. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/ti.2023.11008>
3. República Portuguesa. Lei n.º 12/93, de 22 de abril. Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana [Internet]. Diário da República. 22 de abril de 1993; I Série-A(94): 1961-3 [consultado em 6 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/12-1993-692651>
4. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem pessoa em situação crítica, na área de enfermagem pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem pessoa em situação crónica. Diário da República. 2018 jul 16; 2.ª série(135):19359-65. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-11569>
5. Yoshikawa MH, Rabelo NN, Welling LC, Telles JPM, Figueiredo EG. Brain death and management of the potential donor. *Neurol Sci*. 2021;42(9):3541-3552. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05360-6>.
6. Tavares JFO, Cunha DJNM. O papel do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos em morte cerebral: revisão integrativa da literatura. *Braz J Surg Clin Res*. 2023;44(3):79-89. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/download-4200>
7. Ribeiro KRA, Prado LS, Santos FR, Gonçalves FAF, Borges MM, Abreu EP. Brain death and the process of donation of organs: a family care. *Rev Fun Care Online*. 2020; 12:190-196. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7197>.
8. Alcântara Sindeaux AC, Vieira do Nascimento AM, Campos JRE, Campos JBR, Brito Barros A, Rodrigues Pereira Luz DC. Cuidados de enfermagem dispensados ao potencial doador de órgãos em morte encefálica: uma revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)*. 2021;24(272):5128-5147. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i272p5128-5147>
9. Bezerra GD, Santos MEN, Braga ST, Alves LS, Gonçalves LBB, Pinheiro WR. Nursing diagnosis prevalent in the care of organ donor patients in brain death. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2022;14:e11569. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11569>
10. NANDA International, Inc. Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação 2021-2023. 12.ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2021.
11. Tolfó F, Siqueira HCH, Scarton J, Cezar-Vaz MR, Santos JLG, Rodrigues ST, et al. Obtaining tissues and organs: empowering actions of nurses in the light of ecosystem thinking. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2): e20200983. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0983>
12. Barros F, Sousa PP. Experiences of the family of the potential donor of organs and tissues: a systematic literature review. *Cadernos de Saúde*. 2021;13(2):13-20. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.9527>
13. Fernández-Alonso V, Palacios-Ceña D, Silva-Martín C, García-Pozo A. Deceased donor care provided by the nurse transplant coordinator: a qualitative research study among Spanish nurses. *Int J Nurs Pract*. 2021;27(3): e12905. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijn.12905>.
14. Teixeira MLSM. Intervenções da equipa de enfermagem no processo de doação de órgãos [dissertação de mestrado]. Porto: Universidade Católica Portuguesa; 2021 [consultado em 6 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/36326>
15. Jawitz OK, Raman V, Barac YD, Anand J, Patel CB, Mentz RJ, et al. Influence of donor brain death duration on outcomes following heart transplantation: a United Network for Organ Sharing Registry analysis. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2020;159(4):1345-1353. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2019.04.060>

Apêndice I

Estratégia de busca

A pesquisa booleana foi implementada para identificar estudos relevantes sobre o tema em quatro bases de dados (via plataforma EBSCOhost): Complementary Index, Medline Ultimate, Academic Search Complete, CINAHL Ultimate e utilizando operadores booleanos (*AND*, *OR*, *NOT*), a estratégia de busca foi refinada para otimizar a precisão e abrangência dos resultados.

Apêndice I: Estratégia de busca bibliográfica nas bases de dados EBSCOhost.

Conjugação Booleana	Registos recuperados
DeCS/MeSH <i>AND</i> "brain death"	117233
DeCS/MeSH <i>AND</i> "organ donor*" <i>OR</i> "tissue donor"	22497
DeCS/MeSH <i>AND</i> "family" <i>OR</i> "families"	9273
DeCS/MeSH <i>AND</i> "nursing care" <i>OR</i> "nursing interventions" <i>OR</i> "nursing assessment"	568
DeCS/MeSH <i>AND</i> "critical care" <i>OR</i> "intensive care" <i>OR</i> "emergency care"	496
DeCS/MeSH <i>NOT</i> "children" <i>OR</i> "adolescent" <i>OR</i> "Youth" <i>OR</i> "child" <i>OR</i> "teenager"	241

Foram inicialmente identificados 241 registos nas bases de dados consultadas. Após remoção de duplicados e aplicação dos limites relativos ao acesso ao texto integral, período de publicação (2019–2024) e idiomas (português e inglês), resultaram 43 artigos para triagem por título e resumo. Desses 43 registos, 15 foram provenientes da CINAHL, 17 do Complementary Index, 6 da MEDLINE Ultimate e 5 da Academic Search Complete. Após a triagem do título e resumo, 22 estudos foram selecionados para leitura integral, dos quais 8 artigos e 1 dissertação de mestrado cumpriram os critérios de elegibilidade e foram incluídos na presente *scoping review*.

Autora Correspondente/Corresponding Author
Ana Amado — Unidade Local de Saúde do
Alentejo Central, Évora, Portugal.
m61244@alunos.uevora.pt

Contributo dos Autores/Authors' contributions
AA: Coordenação do estudo, desenho do
estudo, recolha, armazenamento e análise dos
dados, revisão e discussão de resultados.
AP: Análise dos dados, revisão e discussão de
resultados.
Todos os autores leram e concordaram com a
versão publicada do manuscrito.

Responsabilidades Éticas/Ethical Disclosures
Conflitos de Interesse: Os autores declararam
não possuir conflitos de interesse.
Suporte Financeiro: O presente trabalho não
foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.
Proveniência e Revisão por Pares: Não
comissionado; revisão externa por pares.
Conflicts of Interest: The authors have no
conflicts of interest to declare.
Financial Support: This work has not received
any contribution, grant or scholarship.
Provenance and Peer Review: Not
commissioned; externally peer reviewed.

©Os autores retêm o copyright sobre seus
artigos, concedendo à RIASE 2025 o direito de
primeira publicação sob a licença CC BY-NC,
e autorizando reuso por terceiros conforme os
termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles,
granting RIASE 2025 the right of first
publication under the CC BY-NC license, and
authorizing reuse by third parties in
accordance with the terms of this license.