

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO
DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE:
PAPEL DO ENFERMEIRO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Fernando Tolfo

Santa Maria, RS, Brasil.

2015

COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: PAPEL DO ENFERMEIRO

Fernando Tolfo

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Enf^ª. Silviamar Camponogara

Santa Maria, RS, Brasil
2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado**

**COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE
ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: PAPEL DO
ENFERMEIRO**

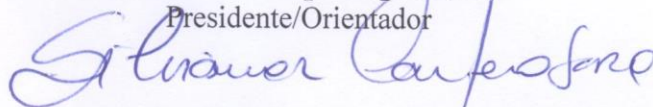
elaborada por
Fernando Tolfo

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

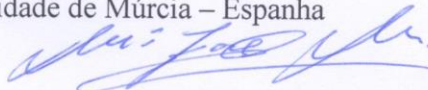
Silviamar Camponogara, Dr^a

Presidente/Orientador



Maria José Lopez Montesinos, Dr^a

Universidade de Múrcia – Espanha



Carmem Lúcia Colomé Beck, Dr^a

Universidade Federal de Santa Maria – Brasil



Suzinara Soares de Lima, Dr^a

Universidade Federal de Santa Maria – Brasil



Santa Maria, fevereiro de 2015

Aos enfermeiros membros de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT), que apesar da frieza da morte e da escuridão do luto, proporcionam para as famílias a oportunidade do desabrochar da vida em outras pessoas. E, em especial, aos colegas enfermeiros que dispuseram de seu precioso tempo para contribuir com suas experiências, para que este estudo pudesse ser concluído.

A todos vocês dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

*A Deus,
pela vida e pelas oportunidades que me proporcionou e proporciona.*

*Ao meu pai, **Araci Tolfo** (in memoriam),
que muito se sacrificou para ver seus filhos estudando,
e chegou a se desfazer de bens materiais para dar a melhor educação que podia.
Saiba pai que hoje estou colhendo mais um fruto desse investimento.*

*Às três mulheres da minha vida, minha mãe, minha esposa e minha filha.
À minha mãe, **Laura**,
que não se absteve em nenhum momento de incentivar, dar coragem e vários colinhos.*

*À minha esposa, **Priscila**,
que com seu conhecimento na área das ciências sociais possibilitou compreender
melhor o “porquê” das atitudes e relações entre as pessoas e enriquecer minha
dissertação.*

*À minha filha, **Maria Antônia**,
de três anos e cinco meses, com seu sorriso maroto e chantagista,
que fazia largar o que estava fazendo para abraçá-la e beijá-la.*

*Ah! Também agradeço por contribuições no meu trabalho
“lkfkfklslslslmmcmdejsjsjcsjsjccjejejrjtjffjdjcjccdj” que após a revisão do
orientador uma interrogação em vermelho foi postulada ao lado.
Obrigado filha, mesmo não sabendo o que significa.*

*À professora, orientadora e amiga, **Silviamar Camponogara**,
que se dispôs a acreditar em mim. Se hoje escrevo essa dissertação deve-se ao
acolhimento, às orientações e às contribuições dela.
Muito obrigado pelo voto de confiança na seleção para o mestrado,
mesmo não me conhecendo.*

*Ao meus sogros, **Ana e Neri**, e também ao meu irmão, **Augusto**,
que não raras vezes amparam a minha família enquanto trabalhava e/ou estudava.*

*Não poderia deixar de agradecer também:
à enfermeira **Marinez**
que me incentivou e ajudou na seleção do mestrado;
à professora **Tânia**,
que despertou a ideia sobre a doação de órgãos; e,
à enfermeira **Emanuelli**,
que também me ajudou muito.*

*Ao Hospital Universitário de Santa Maria - **HUSM** e seus dirigentes,
que mesmo em momentos de escassez de recursos humanos,
dispensou-me de parte da carga horária para que pudesse realizar o curso de
mestrado.*

*A todos **MUITO OBRIGADO!!!***

Após a morte de sua filha uma mãe escreveu:

“Você nos observa em estado de choque, em um estado de raiva e/ou culpa, em um estado de negação. Você não quer aumentar a nossa dor. Você não quer expressar seus próprios sentimentos de mortalidade. Você não quer perguntar. No entanto, seu pedido apresenta-nos como uma esperança, quando perdemos toda a esperança. Você nos apresenta uma opção, quando não temos outra opção. Nós já experimentamos a dor da morte. O que mais você poderia dizer para me machucar, quando você já disse:

Sua filha está morta.”

(COOLICAN, 1987)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES: PAPEL DO ENFERMEIRO

Autor: Fernando Tolfo

Orientador: Silviamar Camponogara

Local e Data da Defesa: Santa Maria, Fevereiro de 2015

A doação de órgãos e tecidos para transplante está sendo utilizada para o tratamento de uma ampla gama de afecções. A estrutura do sistema brasileiro de transplante fundamenta-se na procura por potenciais doadores e, neste contexto, as Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) desempenham um papel importante na obtenção de órgãos por meio da busca ativa de potenciais doadores. Entre os integrantes da CIHDOTT, encontra-se o enfermeiro, que tem suma importância no processo de doação e transplante de órgãos. O presente estudo teve como objetivo geral conhecer o papel do enfermeiro como membro de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. Foi realizada com enfermeiros atuantes em CIHDOTT de cinco hospitais em Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, durante o período primeiro semestre de 2014. Os dados foram analisados com base no referencial de análise de conteúdo temático proposto por Minayo. Dos resultados emergiram quatro categorias, relacionadas ao papel do enfermeiro em CIHDOTT: A inserção do enfermeiro em CIHDOTT; O trabalho do enfermeiro em CIHDOTT: Facilidades e dificuldades, enfrentadas pelo enfermeiro no decorrer do trabalho na CIHDOTT. A atuação do enfermeiro junto aos familiares, particularmente no que tange ao acolhimento e vínculo e a centralidade do enfermeiro atuante em CIHDOTT. Conclui-se que o enfermeiro de CIHDOTT é fundamental, e é tido como elemento crucial para um programa de doação e transplante de sucesso. É um profissional que para desempenhar seu papel, apropria-se de meios tecnológicos, logísticos e humanos no intuito de desenvolver, principalmente, as atividades de coordenação/gestão em CIHDOTT, além de assistência direta e indireta durante todo o processo de doação e transplante com ações e atitudes voltadas para o doador, para a equipe assistencial e para a família.

Descritores: Enfermagem, papel do enfermeiro, doação de órgão.

ABSTRACT

Master Dissertation
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Federal University of Santa Maria

COMMISSION INTRA-HOSPITAL DONATION OF DIRECTORS AND FABRICS FOR TRANSPLANTS: NURSE'S ROLE

Author: Fernando Tolfo

Supervisor: Silviamar Camponogara

Place and Date of Defense: Santa Maria, February 2015.

The donation of organs and tissues for transplantation is being used to treat a wide range of diseases. The structure of the Brazilian transplant system is based on the search for potential donors and in this context, the Commissions Intra-hospital Donation of Organs and Tissues for Transplantation (CIHDOTT) play an important role in obtaining organs through active search potential donors. Among the members of CIHDOTT, is the nurse who has great importance in the donation process and organ transplantation. This study aimed to know the nurse's role as a member of Intra-hospital Committee on Organ Donation and Transplantation fabrics - CIHDOTT. This is a qualitative research, exploratory and descriptive. Was performed with nurses working in CIHDOTT five hospitals in Porto Alegre, the state capital of Rio Grande do Sul, Brazil. Data were collected through semi-structured interview, during the first half of 2014. The data were analyzed based on thematic content analysis framework proposed by Minayo. The results highlight four categories related to the role of the nurse in CIHDOTT: The insertion of nurses in CIHDOTT; Nurses work in CIHDOTT: Facilities and difficulties faced by nurses in the course of work in CIHDOTT. The work of nurses with relatives, particularly with respect to the reception and bond and the centrality of nurses who work in CIHDOTT. We conclude that the CIHDOTT nurse is fundamental, and is seen as crucial for a donation program and successful transplant. Is a professional to perform their role, appropriates technological, logistical and human resources in order to develop mainly the activities of coordination / management CIHDOTT, and direct and indirect assistance throughout the donation and transplantation process actions and attitudes aimed at the donor, to the care team and family.

Keywords: Nursing, nurse's role, organ donation.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Objetivos atendidos pelas categorias correspondentes.....	54
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
BC	Bloco Cirúrgico
CGSNT	Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes
CIHDOTT	Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CNCDO	Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.
CNNCDO	Centrais Nacionais de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DML	Departamento Médico Legal
EEG	Eletroencefalograma
EUA	Estados Unidos da América
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
IML	Instituto Médico Legal
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
ME	Morte Encefálica
MP	Medida Provisória
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONU	Organização das Nações Unidas
OPO	Organização de Procura de Órgãos
PMP/ANO	Parte por milhão de pessoas/ ano
POA	Porto Alegre – Capital do Estado do Rio Grande do Sul - Brasil
POP	Procedimento Operacional Padrão
PUBMED	<i>US National Library of Medicine</i> / National Institutes of Health
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice A – Roteiro da Entrevista	129
Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido	130
Apêndice C – Termo de confidencialidade	133
ANEXOS	134

Documentos da Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

- Anexo A – Folhas Registro Gabinete de Projetos (GAP)
- Anexo B – Folha de rosto para pesquisas envolvendo seres humanos
- Anexo C – Parecer Comitê Ética em Pesquisa, UFSM

Documentos da Instituição Coparticipante: Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

- Anexo D – Aceite do responsável da CIHDOTT do Hospital Cristo Redentor
- Anexo E – Termo de Anuência do responsável pelo Setor
- Anexo F – Aprovação do TCLE pelo Grupo Hospitalar Conceição

Documentos da Instituição Coparticipante: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

- Anexo G – Declaração de Coparticipante
- Anexo H – Aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- Anexo I – Aprovação do setor financeiro do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- Anexo J – Aprovação do Setor de Medicina Ocupacional do HCPA

Documentos da Instituição Coparticipante: Hospital Mãe de Deus

- Anexo K – Autorização da pesquisa
- Anexo L – Aprovação do Comitê de ética do Hospital Mãe de Deus

Documentos da Instituição Coparticipante: Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

- Anexo M- Declaração de autorização do setor responsável
- Anexo N – Declaração de Coparticipante
- Anexo O – Aprovação da Santa Casa para realização da Pesquisa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Objetivos	19
1.1.1 Objetivo Geral	19
1.1.2 Objetivos Específicos	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 História e aspectos dos transplantes no Brasil e no mundo	21
2.2 Morte encefálica e o processo de doação e transplante de órgãos	23
2.3 Estrutura e processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos no Brasil	25
2.4 Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante e o profissional enfermeiro	30
2.5 Evidências sobre o papel do enfermeiro no processo de doação de órgãos e tecidos	32
3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	43
3.1 Tipo de estudo	43
3.2 Cenário	43
3.2.1 Descrição dos cenários	44
3.3 Participantes	46
3.4 Coleta de dados	46
3.5 Análise dos dados	48
3.6 Aspectos éticos	49
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
4.1 A inserção do enfermeiro em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos	55
4.1.1 Conhecimento do enfermeiro sobre o processo de doação e transplantes de órgãos	58
4.2 O trabalho do enfermeiro em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos: facilidades e dificuldades	63
4.2.1 Facilidades relacionadas ao enfermeiro de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos	64
4.2.2 Dificuldades relacionadas ao trabalho do enfermeiro em Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para transplantes.....	68
4.2.2.1 Dificuldades relacionadas a aspectos estruturais.....	69
4.2.2.2 Dificuldades pautadas nos aspectos relacionais	71
4.2.2.3 Dificuldades relacionadas à falta de informação e de comprometimento da equipe assistencial	77
4.2.2.4 Desinformação das famílias sobre o processo de doação de órgãos.....	80
4.2.2.5 Estigmas	82
4.2.2.6 Dificuldades relacionadas à família.....	84
4.3 A família como parte do papel do enfermeiro em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos	87

4.3.1 Acolhimento	87
4.3.2 Vínculo	91
4.3.4 Empatia.....	93
4.4 A centralidade do enfermeiro em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos	96
4.4.1 Atributos essenciais para o enfermeiro de CIHDOTT desempenhar seu papel	97
4.4.2 Atividades inerentes ao profissional enfermeiro em CIHDOTT	108
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS.....	119

1 INTRODUÇÃO

É a intenção, e não a doação, que faz o doador.

Gotthold Lessing

Os avanços científicos, tecnológicos e farmacológicos dos últimos anos, permitiram que aumentassem as possibilidades da utilização de órgãos e tecidos para o tratamento de uma variedade de doenças. Garcia (2006) relatou que, em aproximadamente três décadas, o transplante de órgãos evoluiu de um procedimento relativamente arriscado, realizado apenas em pacientes com doença renal grave, para uma intervenção terapêutica eficaz em pacientes com doenças terminais do coração, fígado e pulmão.

O sucesso dos transplantes de órgãos, para o tratamento de muitas doenças, possibilitou que um maior número de pessoas usufruísse dessa tecnologia. Os resultados positivos até então obtidos, estão relacionados aos avanços no manejo imunológico, nas técnicas cirúrgicas, nos cuidados intensivos, além de soluções de preservação de órgãos mais eficientes (GARCIA et al., 2000). No entanto, a obtenção de órgãos para suprir a demanda de pacientes que necessitam de um órgão não é suficiente. Com a utilização de órgãos para diferentes tratamentos de doenças, a demanda por órgãos e tecidos aumentou, enquanto que a oferta não acompanhou na mesma proporção.

A Assembleia Mundial da Saúde, órgão máximo de decisão da Organização Mundial da Saúde (OMS) fez referência à escassez de doadores de órgãos para transplantes, durante a 63ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2010, demarcando a magnitude do problema e enfatizando a utilidade, cada vez maior, de transplantes de células, tecidos e órgãos humanos, para uma vasta variedade de afecções, em países com baixos ou altos recursos (OMS, 2010). Nesse sentido, observa-se escassez na oferta de órgãos para transplantes, acarretando em um período de tempo, muitas vezes longo, na fila de espera por um transplante, o que é vivenciado, hoje, por milhares de brasileiros. Segundo a Central Nacional de Transplantes, a lista de espera de pacientes que aguardam por um órgão ou tecido em 2012, estava em aproximadamente 35 mil brasileiros (BRASIL, 2013b).

A legislação brasileira relacionada a questões de doação de transplantes é antiga. Porém, somente no ano de 1997, o Brasil iniciou seu processo de consolidação e estruturação do Sistema Nacional de Transplantes. A Lei nº 9434/97 dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, a qual foi regulamentada pelo Decreto nº 2268/97, que introduziu, dentre inúmeras outras modificações, o modelo presumido para a utilização de órgãos de doador em morte encefálica. (BRASIL, 1997). Essa medida foi posteriormente alterada, em 1998, através de uma Medida Provisória (MP1718), que alterava a lei do modelo presumido para o modelo consentido, ou seja, a decisão da doação de órgãos cabia exclusivamente à família (BRASIL, 1998).

No ano 2000 foi sancionada a Portaria nº. 905/GM de 16 de agosto, que determinava a criação da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Esse documento orienta a organização e atribuições das CIHDOTTs a nível hospitalar, apontando que somente profissionais médicos ou enfermeiros podem ser Coordenadores de CIHDOTT (BRASIL, 2000). Esta legislação, posteriormente, foi substituída pela Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, que aprova o regulamento técnico e classificação das CIHDOTT (BRASIL, 2009).

As CIHDOTT são compostas por equipes multiprofissionais que desempenham um papel importante na obtenção de órgãos, pois, estão alocadas dentro das unidades hospitalares, realizando a busca ativa por potenciais doadores – pacientes, que ainda não têm diagnóstico de morte encefálica, mas, com quadro clínico sugestivo de tal diagnóstico. Além disso, tem a função de interrogar a família sobre seu desejo de doar órgãos e tecidos de pacientes falecidos.

Apesar de estar entre os países em desenvolvimento, o Brasil detém um índice de doadores por milhão de pessoas ainda baixo. Em relatório da ABTO, o Brasil bateu recorde ao registrar 13,6 doadores por milhão de pessoas (pmp), no ano de 2012. Entretanto, esse índice ainda é baixo, quando comparado com países Europeus. Segundo a Agência *Eurotransplant* (2013), a Bélgica registrou 29 pmp, a Suíça 22 pmp e a Croácia 34 pmp. O índice brasileiro encontra-se atrás, inclusive, quando comparado a países Latino-americanos, como o Uruguai que registra 29 doadores pmp (INDT, 2013) e a Argentina com 15.70 pmp (INCUCAI, 2013).

Esse dado merece destaque uma vez que, a participação da família tem cada vez mais importância no processo de doação de órgãos. A ABTO (2013) aponta que a

recusa familiar foi de 41% das notificações de potencial doador entre 2005 e 2012 no Brasil. Alencar (2006) e Cinque (2009) relataram que a recusa familiar está implicada em vários fatores, sendo que, grande parte, está relacionada à postura profissional, conhecimento sobre doação de órgãos, zelo pelo potencial doador, comunicação transparente e sincera com os familiares.

O Brasil tem um programa de transplantes em processo de consolidação, mas que deve ser zelado para que o crescimento dos últimos anos seja sustentado. A Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) (2013) afirmou que a regulamentação do programa é justa, mas, depende da atuação de vários profissionais em sequência, desde a identificação dos potenciais doadores até a efetivação dos transplantes e seu acompanhamento ambulatorial.

Dessa forma, a participação dos profissionais da saúde, nesse processo, é essencial. O enfermeiro desempenha papel crucial no estabelecimento de um programa de transplante de sucesso (MENDES et al., 2012). Segundo Floden e Foresberg (2009) o enfermeiro atuante em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o profissional que está mais próximo de um doador em potencial, devido à prestação de cuidados a ele, além de manter contato com a família, seja por um curto ou longo período. Desta forma, os enfermeiros, tornam-se referência para os familiares, podendo mantê-los informados, consolando-os, e vivenciando as condições de saúde de seus entes queridos internados.

Floden e Foresberg (2009) enfatizaram que há dificuldade para lidar com apoio psicológico adequado para a família e, ao mesmo tempo, levantar a questão da doação de órgãos, a qual é percebida, com mais frequência, no profissional enfermeiro. Hart (2012), ao realizar investigação sobre o tema, relatou que, aproximadamente um terço dos prestadores de cuidados críticos, não foram formalmente educados para o processo de doação de órgãos.

Embora essa área de atuação do profissional enfermeiro seja de importante, ainda não tem sido objeto de discussão no meio científico. Estudo de revisão bibliográfica, realizado em junho de 2013, nas principais bases de dados *online*, apontou que apesar dos enfermeiros serem os profissionais mais próximos dos pacientes, existem lacunas na educação formal sobre doação de órgãos que precisam ser preenchidas. Além disso, foram evidenciados fatores que interferem no processo de doação e na assistência prestada, tais como as questões sociais, culturais e religiosas. Nesse sentido, não foram encontradas investigações que relatem sobre o papel do enfermeiro em comissões intra-hospitalares de Doação de órgãos e tecidos.

Estudo brasileiro constatou que o número de publicações de enfermagem sobre essa temática, na década estudada (1997-2007) foi reduzido, concentrando-se no aspecto do transplante, principalmente dos transplantes renais e hepáticos. Estes estudos foram realizados por enfermeiros assistenciais ligados aos centros transplantadores e apontam que a temática não foi suficientemente incorporada na formação de profissionais de saúde, no nível de graduação e da pós-graduação (CICOLO et al., 2010).

Assim, os resultados do estudo de Cicolo et al. (2010), vêm ao encontro da minha experiência, enquanto discente do curso de graduação de enfermagem e, posteriormente, como profissional, em contato com acadêmicos de escolas de enfermagem públicas e privadas, na medida em que pude constatar que as questões relativas à doação de órgãos, não estão contempladas nas diferentes disciplinas dos currículos. Consequentemente, o futuro enfermeiro, não estará adequadamente instruído para agir frente ao processo de doação e órgãos, o que poderá acarretar em dificuldades na sistematização das ações de enfermagem sobre o assunto.

Como enfermeiro de CIHDOTT do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), minha inserção na comissão foi repleta de sentimentos, alguns como felicidade, e sensação de pertencer a algo que poucos se aventuram e dominam. No entanto, também vivenciei sentimentos de medo, insegurança e falta de conhecimento sobre o assunto, resultando, muitas vezes, na sensação de incapacidade para atuar na referida comissão.

Diante desse contexto, evidencia-se que os enfermeiros são profissionais imprescindíveis no processo de doação. Contudo, ainda há necessidade de abordar-se, tanto no processo formativo, como no âmbito da produção científica, sobre o seu papel nesse processo, ampliando as bases teóricas para sustentação de uma atuação mais segura e eficaz.

Diante disso, é necessário desenvolver estudos que ofereçam subsídios sobre o papel do enfermeiro no processo de doação e transplante de órgãos, a fim de fundamentar o trabalho do enfermeiro e todas as implicações decorrentes dele. Para tanto, a questão de pesquisa é: Qual é o papel do enfermeiro em Comissão de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT?

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Conhecer o papel do enfermeiro na comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

1.1.2 Objetivos específicos

Conhecer como se deu a inserção dos enfermeiros em CIHDOTTs;

Apreender as percepções dos enfermeiros com relação ao seu papel em CIHDOTTs, evidenciando facilidades e dificuldades;

2 REVISÃO DE LITERATURA

*Façamos da interrupção um caminho novo.
Da queda um passo de dança, do medo uma escada,
do sonho uma ponte, da procura um encontro!*
Fernando Sabino

O presente trabalho abordou o papel do enfermeiro como membro de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT). Para tanto, nesse tópico, a fim de fundamentar o estudo, além de uma breve revisão sobre o histórico dos transplantes no Brasil e no mundo, foram descritos os principais aspectos conceituais e legais implicados no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos. Também integram essa revisão, dados detalhados sobre estudo sistematizado, em bases de dados, realizado sobre o tema para fundamentar o desenvolvimento dessa pesquisa.

2.1 História e aspectos dos transplantes no Brasil e no mundo

Desde tempos remotos, o ser humano buscou encontrar meios que possibilitassem a substituição de órgãos doentes por órgãos novos e saudáveis, através da técnica de transplantes. As tentativas de doação e transplantes de órgãos entre humanos sempre foram objeto de estudos e testes, porém, com sucesso limitado, pela falta de tecnologia médica e farmacológica. Esse panorama começou a se modificar, a partir da década de 1970, com o descobrimento da ciclosporina, medicamento usado como imunossupressor, que permitiu um melhor e mais efetivo controle da rejeição de órgãos transplantados (ALENCAR, 2006).

A alusão ao transplante pode ser notada, já na Bíblia Sagrada, em Gênesis 2:21-22 quando descreve-se a retirada da costela de Adão para doar a mulher (BÍBLIA, 2013). Mas, somente em 1778, a nomenclatura transplante foi utilizada pela primeira vez, por John Hunter, em suas pesquisas com animais. A partir deste episódio de Hunter

sucederam-se diversas tentativas de transplantes em humanos (FONSECA; CARVALHO, 2005). No início do século XIX, os autotransplantes de pele começaram a ser realizados. No ano de 1881, os alotransplantes ósseos foram inicializados. Mas, somente em meados do século XIX, foi realizado o primeiro transplante de córnea. Na década de 1930, foi realizado o primeiro transplante renal humano, por Voronoy, cirurgião ucraniano. Ao final da mesma década, mais especificadamente em 1939, o primeiro transplante de medula óssea era de fato realidade (PEREIRA, 2004).

Jospeh Murray, em 1954, realizou, nos Estados Unidos da América (EUA) o primeiro transplante de rim com sucesso, possibilitado pelo fato de ser realizado entre irmãos, que possuíam carga genética igual, por serem univitelinos. A partir deste momento, o transplante de órgãos entre vivos começou a tornar-se realidade para a medicina, graças ao advento dos imunossupressores e novas descobertas sobre os fatores de rejeição (KOMAROFF, 2012).

Em 1963, também nos Estados Unidos, o Dr. Thomaz Starzl transplantou o primeiro fígado em humano. E o cirurgião Christian Barnard foi o pioneiro no mundo, em 1967, na África do Sul, a realizar um transplante cardíaco com sucesso (PEREIRA, 2004).

O feito realizado por Christian Barnard levou o mundo da ciência a novos questionamentos sobre a doação de órgãos, pois, até então, os doadores eram pessoas vivas nos casos de rins ou fígado, e quando mortas, era com o coração parado. Mas, o feito realizado por Barnard gerou indagações, que induziram o governo americano, em 1968, a organizar, rapidamente, um Comitê com vários especialistas, no intuito de se investigar a possibilidade de transplantes com doador falecido, porém com o coração batendo. Ao longo de vários meses reunidos o Comitê apresentou, como produto final, o chamado Consenso de Harvard, que elencava critérios para determinar a Morte encefálica (SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012). O Comitê da Universidade de Medicina de Harvard, em 1968, publicou o chamado Consenso de Harvard, que designava um novo conceito de morte – a morte encefálica – estágio irreversível das funções cerebrais, o que justifica a morte, mesmo quando as funções circulatórias permaneciam em atividade.

O primeiro transplante realizado no Brasil foi de rim, em 1964. Já o primeiro transplante cardíaco foi realizado em 1968, menos de um ano após a realização do transplante cardíaco pioneiro pelo Dr. Christian Barnard (BRASIL, 2013c).

Desde o início dos transplantes no Brasil, até agora, houve uma evolução considerável em termos de técnicas, resultados, variedades de órgãos transplantados e número de procedimentos realizados. Cada nação em acordo com suas particularidades, costumes e moral elaborou seu próprio sistema e organização de doação e transplante de órgãos, que está em constante aperfeiçoamento.

Atualmente, as técnicas de transplantes evoluíram de tal forma, que permitiram a utilização dos transplantes de órgãos e tecidos para o tratamento de uma vasta gama de doenças, instituindo um desequilíbrio entre a demanda por órgãos e sua oferta. Esse fato tem desafiado países no mundo inteiro a criar mecanismos para melhorar o armazenamento e distribuição de órgãos, além de despertar a vontade de doação, por parte dos cidadãos.

Hoje, a Espanha tem se constituído em exemplo em termos de eficiência no processo de doação e transplantes de órgãos. O modelo espanhol de doação e transplantes foi tão exitoso que a Organização Mundial da Saúde (OMS), o elegeu como referência mundial para doação e transplante de órgãos, servindo como parâmetro para a Organização das Nações Unidas (ONU, 2008), sendo seu programa adaptado à realidade dos mais diversos países, dentre eles, o Brasil.

Alguns países elaboraram programas, bem peculiares que merecem atenção. Ertin et al. (2010) descreveram o modelo de doação e transplante do Irã como uma característica singular, relativa ao pagamento pelo órgão doado. Esta proposta vai contra a abordagem atual da maioria dos países. O conflito, segundo o autor, parece estar na questão de recompensar ou pagar por algo que deve ser doado. As condições econômicas e sociais atuais do Irã mostraram que não seria ético oferecer às pessoas vulneráveis, grandes quantidades de dinheiro que as mesmas não podem recusar. Porém, o que se apresenta como positivo, no sistema de doação e transplante iraniano, é o sucesso na obtenção de órgãos e na inexistência de filas.

O sistema belga de obtenção de órgãos para transplante apoia-se no consentimento presumido, ou seja, todos são doadores a menos que se oponham a doação de órgãos, em vida, através de documento. Muitos cidadãos belgas defendem este modelo, afirmando que a doação de órgãos e tecidos é uma dívida que cada cidadão tem com seu país, sendo comparado por muitos com o serviço militar. No entanto, alguns questionamentos surgem, como o relacionado ao fato de se algum cidadão não expressar, por escrito, durante a vida, a opção pela não doação, a retirada de seus órgãos pode ser incompatível com o princípio da ética médica e do direito da autonomia das

peças em decidir sobre seu próprio corpo. Mas, tal questão não parece incomodar os belgas, pois, 98% deles são doadores (ERTIN et al. 2010).

O sistema espanhol de obtenção de órgãos parece ser o sistema menos problemático e o mais adequado do ponto de vista ético. Ressalta-se que a filosofia do modelo espanhol, parte do pressuposto que os problemas de doação não são a falta de doadores adequados, mas sim, a dificuldade de encontrar potenciais doadores e obter o consentimento para doação. O método espanhol destina-se a sensibilizar a sociedade sobre doação de órgãos e aperfeiçoar as habilidades dos responsáveis pelo processo de doação. O modelo se baseia na obtenção de órgãos, através do consentimento dos familiares (ERTIN et al., 2010).

No Brasil, o modelo assemelha-se ao espanhol, especialmente a partir de 1998. A reestruturação do programa brasileiro de doação e transplante de órgãos e tecidos, incluía um fluxo com distribuição das coordenações em esfera nacional, estadual, regional e local, sendo a última esfera alocada nos hospitais, nas chamadas Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), regulamentadas pela Portaria Nº. 2600/09 que será abordada mais adiante, neste estudo (BRASIL, 2009).

Estudos estimam que, no Brasil, possa haver uma taxa de potenciais doadores de órgãos muito maior, que nos países desenvolvidos, e sugerem que a taxa esteja compreendida entre 60 e 100 pmp/ano, afirmando que tais números estão relacionados, possivelmente, aos acidentes de trânsito e ferimentos por arma de fogo (ABREU et al., 2006). Contudo, os diversos aspectos envolvidos no processo de obtenção de órgãos, sejam eles aspectos positivos ou negativos, desafiam as nações a desenvolverem um sistema de captação e transplante de órgãos cada vez mais eficiente, para reduzir as grandes filas por espera de um órgão e/ou tecido em seu país.

2.2 Morte encefálica e o processo de doação e transplante de órgãos

O conceito de morte encefálica só foi revelado em 1968, após o Consenso de Harvard. Mas, anos antes, na década de 1950, mais exatamente em 1959, Mollaret e Goulon, dois neurofisiologistas franceses, adicionaram um novo quadro clínico para o estado de coma, denominado de "coma dépassé" (MATIS et al., 2012). A descrição dos

franceses é, frequentemente, mencionada como a primeira conceituação do que viria a ser denominado de morte cerebral. Mollaret e Goulon basearam-se no estudo de 23 casos de pacientes em coma e, o método gráfico conhecido como eletroencefalograma (EEG), foi utilizado como evidência para o estado comatoso (KIND, 2009).

Os neurofisiologistas franceses estavam perto da definição de critérios capazes de traçar uma fronteira entre a vida e a morte. Mas, apesar de terem apontado direções para os estudos dos colegas norte-americanos, foram os critérios elencados destes últimos que serviram de parâmetros para a solidificação da nova significação e diagnóstico de morte. A comunidade médica dos Estados Unidos estava se preparando não só para a tarefa de garantir essa redefinição, mas também para assegurar que ela fosse reconhecida juridicamente (KIND, 2009).

O Consenso de Harvard foi então apresentado, e trazia critérios que serviam de parâmetros para o diagnóstico da morte encefálica, os quais se fundamentavam em testar os pares cranianos que emergiam do tronco cerebral. Tais critérios incluíam um estado de coma perceptivo e arresposivo, ausência de reflexos e de quaisquer movimentos após uma hora de atenta observação, ausência de respiração após três minutos de desconexão do respirador, EEG isoeletrico, exclusão de hipotermia (abaixo de 32,2°C) e sem o uso de depressores do sistema nervoso central, sendo necessária a repetição dos testes clínicos em 24 horas (NETO, 2010).

Os EUA, em 1980, durante *National Conference of Commissioners on Uniform State Laws*, ocorrida no estado do Havaí, recomendou a uniformização em todos os Estados norte americanos incluindo, então, os Estados do Havaí e Alasca, o uso dos critérios de diagnóstico de ME, sendo, posteriormente, corroborada pela *American Medical Association* e pela *American Bar Association*. Tais organizações ratificaram a uniformização em todos os estados norte americanos da recomendação sobre o diagnóstico de ME que, traz em seu primeiro parágrafo o seguinte:

[...] quando um indivíduo que tenha parada mantida e irreversível das funções circulatória e respiratória, ou parada mantida e irreversível de todas as funções do cérebro, incluindo o tronco cerebral, está morto. O diagnóstico da morte deverá ser feito de acordo com padrões médicos aceitos (EUA, 1980, p.03).

Ou seja, igualaram-se, juridicamente, ME à morte cardiopulmonar (NETO, 2010). Neto (2010) relatou que, em 1995, a *American Academy of Neurology* reafirmou estes critérios, especificando a técnica do teste de apnéia e uma série de possíveis

observações clínicas que não invalidam o diagnóstico de ME como, por exemplo: o sinal de Babinski, pressão arterial normal, ausência de diabetes insípido, entre outros.

Wijdicks et al. (2010) realizaram uma revisão sistemática nas bases de dados MEDLINE e EMBASE com o objetivo de atualizar as diretrizes da *American Academy of Neurology* de 1995, no que diz respeito a cinco indagações. Dentre elas, cabe salientar a seguinte pergunta: existem pacientes que preenchem os critérios clínicos de morte cerebral e que recuperam sua função neurológica? Os resultados mostram que, em adultos, não há relatos de recuperação da função neurológica, depois de um diagnóstico de morte encefálica, utilizando os critérios de avaliação da Academia Americana de Neurologia de 1995.

Portanto, conforme os estudos apresentados no decorrer deste trabalho, há fortes evidências de que os parâmetros utilizados para diagnóstico de morte encefálica, descritos e preconizados pela *American Academy of Neurology* de 1995 são critérios confiáveis para a determinação da ME.

2.3 Estrutura e processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos no Brasil

A legislação brasileira para doação de órgãos teve início com a Lei nº.5.479/68, logo após a apresentação do diagnóstico de morte encefálica pelo Comitê de Harvard. Esta lei foi posteriormente revogada pela lei nº. 8489 de 1992, que dispunha a retirada e transplantes de órgãos, e tecidos de cadáveres para fins terapêuticos e científicos. Porém, não havia até então uma Lei que regulamentasse a realização de transplante. O que havia, no Brasil, naquela época, eram regulamentações regionais, desenvolvidas de modo informal que mantinham a inscrição de receptores, retirada de órgãos e critérios de destinação e distribuição dos órgãos transplantados.

Em 4 de fevereiro de 1997 foi sancionada a Lei nº. 9434, que regulamentada a doação e órgãos e transplante e oficializava os documentos para identificação e diagnóstico de ME em todo o território brasileiro, apontando a doação de órgãos a partir do consentimento presumido. Ou seja, todo o brasileiro seria doador compulsório de órgãos, salvo negativa oficial e individual, registrada na carteira de identidade (GOLDIM, 2005). Esta Lei nº. 9434/97, que entrou em vigor no início de 1998, gerou grande polêmica pública, ao impor a doação presumida, levando a população brasileira,

por medo e/ou desconhecimento sobre os critérios de ME e doação de órgãos, a uma corrida aos órgãos competentes para registrar sua negação em relação a ser doador de órgãos.

A lei nº 9434/97 e regulamentada pelo decreto 2268/97 foi, posteriormente, alterada, em 1998, através de uma Medida Provisória (MP1718), que passava a decisão da doação para família (BRASIL, 1998). Portanto, incumbia ao indivíduo brasileiro dialogar com seus familiares e expressar a sua vontade ou não, de ser doador de órgãos, pois, competirá à sua família decidir sobre a doação ou não de seus órgãos.

Devido a Medida Provisória nº. 1718/98, o Brasil, baseado no modelo Espanhol, cria-se a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, que foi regulamentada pela Portaria nº. 905/2000 (BRASIL, 2000). Essa comissão deve ser composta por uma equipe multidisciplinar, e acompanhar todo o processo de doação a nível hospitalar, tendo, entre outras atribuições, a abordagem da família sobre o seu desejo de doação de órgãos.

A Portaria nº. 905/2000 foi recentemente substituída pela Portaria nº 2.600 de 21 de outubro de 2009, a qual detalha a estrutura do sistema nacional de transplantes e as competências incumbidas a cada instância do programa nacional de transplante brasileiro (BRASIL, 2009).

O processo de doação e transplante brasileiro envolve várias etapas, e inúmeros profissionais. As etapas variam conforme o tipo de doador: doador vivo, ou doador falecido. No Brasil, esse processo é respaldado por leis específicas para cada tipo de doador, e o Sistema Nacional de Transplante (SNT) é baseado no modelo espanhol, ou seja, alicerça-se, então, na busca por potenciais doadores, criando além da central nacional de transplantes, as estaduais e regionais, sendo, estas últimas, denominadas de Organização de Procura de Órgãos (OPO), que estão diretamente ligadas às CIHDOTs, que se organizam nas unidades hospitalares.

O SNT adotado no Brasil tem a concepção de fila única de transplante, com o propósito de garantir o acesso universal, justo e gratuito aos órgãos disponíveis. Do ponto de vista logístico, o transplante envolve o processo de acondicionamento, armazenagem e transporte de órgãos dentro de tempo pré-determinados pelo tempo de isquemia de cada órgão, levando em consideração as distâncias entre o centro de captação e o da implantação.

Segundo a Portaria nº. 2.600/09, o SNT é dividido em três esferas: nacional, estadual e local. É composto pela Coordenação-Geral do Sistema Nacional de

Transplantes (CGSNT), pelas Centrais Nacionais de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO), sendo uma para cada região brasileira. Já, as Centrais Estaduais de Transplante (CNCDO), ficam alocadas em cada Estado, a nível estadual e, a Organização e Procura de Órgãos (OPO) nas regiões de cada Estado. As CIHDOTT, localizadas em cada hospital com capacidade acima de 80 leitos, constituem a estrutura de transplantes em esfera local (BRASIL, 2009).

As CIHDOTT estão envolvidas nesse processo, com as seguintes atribuições: agendamento de salas cirúrgicas e disponibilização de material e equipamentos especializados. Todo este processo inicia-se após a identificação da morte encefálica do potencial doador e sua notificação à Central de Transplante. No entanto, a efetividade do processo por sua vez, depende da rapidez e precisão com que é conduzido. Embora ainda haja batimentos cardíacos, a pessoa com morte cerebral não pode respirar sem ajuda de aparelhos. O Ministério da Saúde afirma que o processo de retirada dos órgãos pode ser acompanhado por um médico de confiança da família. Porém, ressalva-se que é imprescindível que a captação de alguns órgãos deva ocorrer enquanto ainda há circulação sanguínea para irrigá-los. Somente as córneas podem ser doadas com o coração parado (BRASIL, 2013a).

Segundo o governo brasileiro, o número de doadores de órgãos no Brasil aumenta diariamente e, conseqüentemente as taxas de transplantes realizados no país. O programa público nacional de transplantes de órgãos e tecidos é um dos maiores do mundo, ficando atrás apenas dos EUA (BRASIL, 2013b). Embora os índices de doação e transplantes no Brasil sejam recordes, ainda há um longo caminho a ser percorrido, pois a necessidade por um órgão ou tecido, hoje, no Brasil, gerou uma fila de aproximadamente 35.000 pacientes que esperam por um transplante. Chama-se a atenção para o fato de, mais da metade destes pacientes, esperarem por um rim (BRASIL, 2013b).

As CIHDOTTs têm, entre outras atribuições, a responsabilidade pela busca ativa por potenciais doadores dentro dos hospitais onde atuam. Chama-se de potencial doador, quando o indivíduo passa pelos testes clínicos chamado de Protocolo de Morte Encefálica, e tem determinação do diagnóstico de ME, o paciente torna-se um doador efetivo.

Habitualmente, o paciente que atravessa as fases do processo de diagnóstico de morte encefálica, recebe sinônimas para cada etapa que avança. Denomina-se, então, possível doador, o paciente que se apresenta em morte encefálica, como escala de

Glasgow 3, pupilas isocóricas sem fotorreagência, coma de causa conhecida, após sua notificação a central de transplantes é chamado de potencial doador. Após a confirmação da ME, pelos testes clínicos guiados pelo protocolo de ME, e confirmado por exames de imagem ou gráficos (quando não apresenta contraindicação conhecida), o paciente passa a ser chamado de Doador Elegível. Se, por ventura, algum órgão é retirado, o paciente é denominado de doador Efetivo ou doador real, e quando seus órgãos forem transplantados, passará a chamar-se de doador de órgãos implantados (MARTINI et al., 2008)

Quando há um doador efetivo, as Centrais Estaduais de Transplantes são avisadas, sendo as únicas que têm acesso aos cadastros técnicos das pessoas que estão na fila esperando por um órgão. Cabe ressaltar que não é apenas a ordem da lista que garantirá o transplante, o receptor será escolhido também através da compatibilidade com o doador, que será definida pelos exames clínicos. O fato de as centrais estaduais controlarem todo o processo de doação e transplante tem o intuito de coibir o comércio ilegal de órgãos.

Alguns aspectos devem ser observados para que o potencial doador seja um doador efetivo. O Ministério da Saúde brasileiro orienta para iniciar o protocolo de morte encefálica o paciente deverá: ter identificação e registro hospitalar; ter a causa do coma estabelecida e conhecida; não apresentar hipotermia (temperatura do corpo inferior a 35°C), hipotensão arterial ou estar sob efeito de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central; e passar por dois exames neurológicos que avaliem o estado do tronco cerebral.

O protocolo para diagnóstico de morte encefálica preconizado, hoje, no Brasil, exige que os testes clínicos sejam executados por dois não participantes de equipes de remoção ou transplante de órgãos. Além disso, obrigatoriamente um entre estes dois médicos que fazem os exames clínicos deverá ser neurologista. Após a confirmação da morte pelos dois médicos, o paciente será submetido ainda a um exame de imagem ou gráfico para ratificar o diagnóstico de ME (BRASIL, 2013a).

Os órgãos que podem ser doados por doador cadáver são: o coração retirado do doador antes da parada cardíaca e mantido fora do corpo por no máximo seis horas; os pulmões retirados do doador antes da parada cardíaca e mantidos fora do corpo por no máximo seis horas; rins retirados do doador até 30 minutos após a parada cardíaca e mantidos fora do corpo até 48 horas; fígado retirado do doador antes da parada cardíaca e mantido fora do corpo por no máximo 24 horas; pâncreas retirado do doador antes da

parada cardíaca e mantido fora do corpo por no máximo 24 horas. Valvas Cardíacas e tecidos como as córneas retiradas do doador até seis horas depois da parada cardíaca e mantidas fora do corpo por até sete dias; medula óssea se compatível, feita por meio de aspiração óssea ou coleta de sangue; pele retirada do doador até seis horas depois da parada cardíaca; cartilagem retirada do doador até seis horas depois da parada cardíaca; ossos retirados do doador até seis horas depois da parada cardíaca e mantidos fora do corpo por até cinco anos (BRASIL, 2013). Para doação entre doadores vivos existem leis específicas a serem seguidas, mas que não serão abordadas, nesse estudo, por não atender aos objetivos deste trabalho.

Há também contraindicações em certas ocasiões para potenciais doadores por trazer mais prejuízos que benefícios aos receptores. Citam-se, como exemplo: soropositivos para HIV, doença de Chagas, hepatite B, pessoas com tumores malignos exceto aqueles restritos ao sistema nervoso central, como o carcinoma basocelular e câncer de útero e doenças degenerativas crônicas (BRASIL, 2013a).

O transplante de órgãos e tecidos se diferencia dos outros procedimentos cirúrgicos tornando-o, em um tratamento terapêutico ímpar, pois, necessita-se utilizar órgãos ou tecidos, provenientes de um doador. O problema central dos transplantes com doador cadáver apoia-se nos poucos casos de óbitos que permitem este procedimento. A remoção de órgãos de doador cadáver, na grande maioria dos casos, só é possível em pacientes com morte encefálica, ou seja, pacientes com diagnóstico médico de morte encefálica, confirmado através de testes clínicos adotados pela maioria dos países (GARCIA, 2006).

A taxa almejada de efetivação da doação, entre os potenciais doadores, deve ser superior a 50%, entretanto, na maioria dos países, apresenta índices entre 15 a 70% de potenciais doadores que são efetivados como doadores. Esta baixa notificação está relacionada com a não detecção e/ou não notificação da morte encefálica; de contraindicações médicas ou problemas na manutenção do potencial doador falecido ou, ainda, em razão da recusa familiar à doação (GARCIA, 2006).

Com a exceção da Espanha, que apresenta uma taxa de doadores efetivos em torno de 34 pmp/ano, na maioria dos países desenvolvidos, esta taxa varia de 15 a 25 doadores pmp/ano. No Brasil, a média está em torno de 13,3 pmp/ano, contudo há diferenças regionais dentro do Brasil, como exemplo, o Estado de Santa Catarina, que registrou 25,2 pmp/ano, em 2012, e o Rio Grande do Sul com 18,1 pmp/ano, bem acima da média nacional (NORONHA et al., 2012).

Então, com uma população de 180 milhões de habitantes, e em torno de um milhão de mortes por ano, pode-se estimar entre 11.000 e 18.000 casos de morte encefálica por ano. Entretanto, durante o ano de 2005, foram notificados às Centrais Estaduais de Transplante (CNCDOs) 4.714 casos (28 pmp), e destes, 1.078 (6,3 pmp) foram efetivados como doadores de órgãos (ABTO, 2005).

Com relação à doação de córneas, em que não há necessidade de morte encefálica, e podem ser removidas até seis horas após a parada cardíaca, e a maioria das neoplasias não contraindicam a remoção, supõe-se que até 10% das mortes poderiam ser consideradas para doação (100.000) e metade delas efetivadas (50.000). Porém, em 2005 foram realizados apenas 8.713 transplantes (47 pmp), metade da necessidade anual prevista (100 pmp), tendo sido utilizados em torno de 6.000 doadores (ABTO, 2005).

Garcia (2006) relatou que, foram realizados no Brasil até 2006, em torno de metade dos transplantes de córneas necessários, um terço da necessidade dos transplantes renais e um quarto da necessidade de transplantes hepáticos e uma fração muito menor de transplante de coração e de pulmão. Portanto, devido ao insuficiente número de doadores falecidos, para atender a demanda, há um crescente número de pacientes em lista de espera para transplante em quase todos os países, e uma elevada taxa de morte em lista de espera para receber um órgão, estando em torno de 10 a 30%.

Assim as CIHDOTTs, tornam-se elementos fundamentais no Sistema Nacional de Transplantes, pois, são atribuídas funções específicas a nível hospitalar, que dentre elas cita-se a busca ativa por possíveis ou potenciais doadores de órgãos, aumentando as chances de obtenção de órgãos para transplantes.

2.4 Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante e o profissional enfermeiro

A CIHDOTT, criada por meio da Portaria nº. 905 de 2000 e substituída pela Portaria nº. 2.600, de 2009, é obrigatória nos hospitais públicos, privados e filantrópicos. A sua estruturação deve obedecer a seguinte classificação: CIHDOTT I, estabelecimento de saúde com até duzentos óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivismo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria,

integrantes de seu corpo clínico; CIHDOTT II, estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de mil óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com duzentos a mil óbitos por ano; e CIHDOTT III, estabelecimento de saúde não-oncológico com mais de mil óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgão (BRASIL, 2009).

Essa comissão tem como principais funções: detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital, viabilizar diagnóstico de morte encefálica, conforme resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 1480/97, criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital a possibilidade de doação de córneas e outros tecidos; articular-se com a CNCDO do Estado respectivo, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos. Também deve responsabilizar-se pela educação continuada dos funcionários da instituição sobre os aspectos da doação e transplantes de órgãos e tecidos; articular-se com todas as unidades de diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação e capacitar, em conjunto com a CNCDO e o Sistema Nacional de Transplantes, capacitar os funcionários do estabelecimento hospitalar para a adequada entrevista familiar de solicitação e doação de órgãos e tecidos (BRASIL, 2013c).

As normativas vigentes apontam o enfermeiro entre os profissionais que podem participar das CIHCOTT.

O artigo 15 da Portaria nº 2.600/09 traz:

A CIHDOTT deverá ser instituída por ato formal da direção de cada estabelecimento de saúde [...] e ser composta por, no mínimo, três membros integrantes de seu corpo funcional, dos quais um, que deverá ser médico ou enfermeiro, será o Coordenador Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (BRASIL, 2009, sp).

O Código de ética da enfermagem traz a enfermagem como uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida das pessoas, suas famílias e sociedade, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, em consonância com preceitos éticos e legais (COFEN, 2004). Neste contexto, o enfermeiro torna-se um componente essencial na equipe multiprofissional. Backes et al. (2008) evidenciaram a notável importância da atuação do enfermeiro, sob o olhar da equipe da saúde, mostrando que o enfermeiro desempenha papel importante nas relações da equipe de saúde. Dentre os participantes da equipe multiprofissional da saúde, o enfermeiro é

visto em uma posição estratégica e de referência na equipe, também é facilmente identificado pela sua liderança, trabalho em equipe e valorização dos diferentes saberes.

Apesar dos enfermeiros serem elementos chave no programa de doação e transplante de órgãos, há dificuldades enfrentadas por estes profissionais, pois, não há formação específica sobre o assunto. No mundo, há associações voltadas para as diversas áreas dos transplantes. Na enfermagem, destaca-se a *International Transplant Nurses Society* (ITNS) e a *Transplant Nurses Association* (TNA), as quais disponibilizam diversos recursos e programas educativos para a formação e capacitação dos profissionais enfermeiros para o processo doação-transplante (MENDES et al., 2012).

Sob esta ótica, estudo recente sobre as responsabilidades do enfermeiro no processo de doação e transplante de órgãos, evidencia que o enfermeiro é um colaborador na equipe multiprofissional de especialistas, promovendo um cuidado de qualidade (MENDES et al., 2012).

O Conselho Federal de Enfermagem determina que, ao enfermeiro, incumbe planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados aos doadores, através dos protocolos preconizados pelo programa nacional de transplantes. E ressalta o enfermeiro como responsável pelo cuidado a candidatos e receptores de transplantes, com a incumbência de aplicar a sistematização da assistência de enfermagem, em todas as fases do processo de transplante de órgãos e tecidos ao receptor e família, que inclui o acompanhamento pré e pós-transplante (ambulatorial) e transplante (intra-hospitalar) (COFEN, 2004).

Para conhecer melhor o papel dos enfermeiros no processo de doação de órgãos, realizou-se uma pesquisa para descobrir evidências sobre o papel deste profissional e doação de órgãos.

2.5 Evidências sobre o papel do enfermeiro no processo de doação de órgãos e tecidos

No intuito de melhor fundamentar a investigação, foi realizada uma revisão integrativa, sobre a temática doação de órgãos e o profissional enfermeiro, tendo como questão orientadora: quais produções científicas sobre o papel do enfermeiro no processo de doação de órgãos estão disponíveis nas bases de dados científicas? O

levantamento de dados foi feito nas seguintes bases de dados: *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), e na Biblioteca *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e Biblioteca Cochranes com os seguintes descritores: “*organ donation*” AND “*nurse’s role*”. A pesquisa fora realizada no mês de junho de 2013.

Quando inserido o descritor “doação de órgãos” nas bases de dados LILACS foram encontrados 38 estudos, no IBECS 6 estudos, e Scielo com 53 estudos, e na Biblioteca Cochranes não foram encontrados produções, no PubMed foi adicionado o descritor “*organ donation*” como *Mesh Terms* e foram localizados 13.818 publicações. Ao adicionar do descritor “papel do enfermeiro”, houve queda significativa em todas as bases de dados, na Scielo apenas 1 estudo foi encontrado, no PubMed foi utilizado o descritor “*nurse’s role*” e apareceram 112 estudos, na LILACS, IBECS não localizados artigos.

Foram definidos como critérios de inclusão: textos disponíveis na íntegra, o que refinou a pesquisa em 89 textos, e recorte temporal de dez anos atrás, resumindo a busca a 75 artigos. Foram excluídos os estudos editoriais, estudos relacionados com a família e suas percepções, artigos sem autoria, e artigos que não se enquadravam na temática, totalizando 34 artigos. Após a tradução e leitura flutuante dos resumos, dez estudos foram excluídos, pois, observou-se que não se adequavam ao tema, finalizando-se a busca com um total de 22 artigos.

No intuito de classificar os artigos quanto a prática baseada em evidência, utilizou-se os procedimentos definidos por Stillwell et al. (2010), que indicam os níveis de evidências para cada tipo de artigo, de acordo com sua metodologia e estrutura dos artigos.

Dos 22 artigos selecionados para análise, 82% dos estudos foram realizados em países desenvolvidos. O continente que mais produziu foi o norte americano com 45%, seguido do europeu com 27%, mas, vale ressaltar que foram localizados estudos nos cinco continentes, e, os EUA é o país que mais contribuiu com 41% das 22 produções. Grande parte dos artigos trouxeram estudos com enfermeiros e médicos.

Quanto às abordagens, os estudos quantitativos e qualitativos aparecem em equilíbrio na porcentagem de 36% cada. O restante divide-se entre revisão de literatura, e estudos de casos. A evidências encontradas nos artigos se mostram em ordem

decrecente, 50% evidência VI (11 estudos), 41% evidência III (9 estudos), e 9% evidência IV (2 estudos).

Dos artigos classificados emergiram duas categorias, quanto aos fatores que interferem no processo de doação de órgãos, e quanto à importância de instrumentos e programas que auxiliam na melhoria da prática relacionada à doação de órgãos. Também apareceram estudos diversos que compuseram uma miscelânea.

Os aspectos relacionados aos fatores que interferem no processo de doação de órgãos, foi a categoria que se mostrou mais frequente nos estudos, abordando sobre os fatores que interferem positivamente ou negativamente no processo de doação de órgãos. Os motivos ou fatores que levam ao não reconhecimento dos possíveis doadores, a recusa familiar para doação, entre outros, representam barreiras que os enfermeiros enfrentam, frequentemente, quando envolvidos no processo de doação. Donaghy (2005) comentou que investigações estão em andamento, para definir os fatores que criam as barreiras para a doação.

Descobrir e sanar estas dificuldades significa melhorar os índices de notificação e doação de órgãos. Kent (2004) afirmou que a principal barreira para a doação parece estar nos profissionais da saúde. Aghayan (2009) relatou que vários fatores externos influenciam na doação de órgãos entre eles, cita-se: experiência em processo de doação, educação formal, fator social, cultural e religioso.

Os enfermeiros apreendem desde cedo, na educação formal a importância da comunicação e o quanto esta pode ser útil para o exercício da profissão. Donaghy (2005) relatou que manter uma rede de comunicação eficaz, pode resultar em um maior número de potenciais doadores. Ressalta também que se deve intensificar a formação de enfermeiros sobre a temática doação e transplante de órgãos, para que estes possam atuar de forma confiante, especificamente frente à família.

Outro aspecto, apontado pelas investigações, faz referência ao fato de muitos países terem conseguido aumentar suas taxas de doação de órgãos, a partir da sensibilização da sociedade. Donaghy (2005) acrescentou que melhoraram as taxas de doação na Irlanda do Norte, buscando realizar estratégias que possibilitassem um encontro entre as centrais de transplante e os diferentes segmentos da comunidade, trabalhando com a mídia, divulgando a mensagem do número de doadores para o maior número possível de pessoas.

Kent (2004) afirmou que, dentre os fatores para adesão ao processo de doação de órgãos estão à educação e o conhecimento. Neste caso, enfatiza que a importância do

conhecimento sobre o assunto, que apareceu muito fortemente nas entrevistas com as enfermeiras e parece emergir como um elemento essencial. Também aponta fatores que desestimulam os enfermeiros na participação no processo de doação, tais como: desejo de proteger os familiares; receio de reações de colegas durante o processo de doação; medo de discutir a morte; medo da imprevisibilidade das reações dos familiares a um pedido de doação; e, incertezas pessoais sobre doação e seus processos.

Outros fatores revelados fazem menção ao fato de ser dever dos profissionais e direito legal dos familiares, a averiguação do desejo de doação do parente falecido. E que o enfermeiro de unidades críticas deve incorporar a doação de órgãos em sua prática, de modo que o cuidado holístico seja fornecido (GUMBLEY; PEARSON, 2006). Aghayan et al. (2009) argumentaram que, atitudes e pré-conceitos dos profissionais da saúde podem ser uma potencial barreira para a doação de órgãos.

Nesta perspectiva, o enfermeiro sente-se desconfortável em lidar com as emoções provenientes do luto, e pela discussão acerca da doação de órgãos. Swain (2011) relatou que o coordenador de doação e transplante exerce um trabalho extremamente difícil, com longas horas de trabalho que transcorre o processo de doação, e exposição repetida à morte e sofrimento dos familiares (KENT, 2004).

Por outro lado, a decisão da doação de órgãos pelos familiares pode ser influenciada pela compreensão que eles têm sobre o conceito de morte encefálica, pelas suas necessidades emocionais e cognitivas, pelas percepções quanto a qualidade dos cuidados ao potencial doador e pelo conhecimento e empatia da pessoa que faz o pedido de doação (MEYER et al., 2012). Um dos aspectos relacionados a isso, apontados pelos estudos, tem relação com o despreparo dos profissionais enfermeiros para ajudar as famílias a lidarem com sua dor, já que iniciar um diálogo sobre desejos de doação é particularmente estressante. Dessa forma, os enfermeiros podem responder as situações de morte, de tal forma que limitam seu envolvimento com os familiares (KENT, 2004).

Percebe-se que o sentimento de medo tem implicações no processo de doação de órgãos. Aghayan et al. (2009), Gumbley e Pearson (2006) e Kent (2004) relataram que o enfermeiro tem muitos medos sobre a doação de órgãos, como medo de ofender os parentes com o pedido, o medo de atrasar enterros, de desfiguração do paciente e inconveniente religioso.

Aspectos de cunho religioso apareceram como sendo empecilhos para, os enfermeiros abordarem a questão de doação de órgãos. Porém, Bener et al. (2008), em estudo realizado no Oriente Médio, relataram que o aspecto religioso não se

apresentava como uma barreira substancial para o impedimento da doação de órgãos. No mesmo estudo, foi descrito que muitos enfermeiros e médicos apoiam a ideia de doação de órgãos, embora não a fizessem na prática, devido à falta de conhecimento sobre do processo de doação.

Estudo revelou que as captações de órgãos que ocorreram no bloco cirúrgico, aconteceram geralmente à noite, quando o quadro de funcionários é reduzido, as equipes de retirada eram desconhecidos dos demais, instrumentos desconhecidos pela equipe da enfermagem ou com nomes diferentes, gerando sensação de estresse para os enfermeiros, sendo, o procedimento, sempre realizado as pressas. Houve relatos de tratamento desrespeitoso para com os enfermeiros, o que acabou levando muitos a não participarem novamente de uma retirada de órgãos, por estresse ou medo (REGEHR et al., 2004).

Kent (2004), por meio de estudo fenomenológico, trouxe alguns fatores que podem interferir nos sentimentos dos profissionais de saúde. As impressões foram relatadas como a de que a assistência era dada de forma desrespeitosa ao potencial doador, ou palavras como pegar, colher os órgãos, criando um pensamento de que o processo é desleal, ilegal, e talvez, por isso, muitos profissionais não queiram fazer parte desse processo. Contudo Kent (2004) aborda que quando um potencial doador é tratado como um ser humano, com compaixão, os profissionais de enfermagem se sentem melhor fazendo parte disto.

Floden et al. (2011) evidenciaram as percepções de enfermeiros referindo-se a três domínios: percepções de responsabilidade do profissional enfermeiro de UTI, a percepção do papel da organização em relação a doação de órgãos e a percepção de morte e o diagnóstico de morte encefálica. A ambiguidade e as várias percepções de diagnóstico de morte encefálica parecem ser um importante fator a ser observado ao cuidar de um paciente em morte encefálica. A falta de organização estruturada e insuficiente também parece ser um fator limitante, sendo que, ambos os aspectos são essenciais para os enfermeiros de UTI cumprirem suas responsabilidades profissionais, durante o processo de doação de órgãos (FLODEN et al., 2011).

Dos artigos inclusos nesta categoria, sem dúvida o fator que mais apareceu como uma barreira no que se refere à doação de órgãos foi à insuficiência de conhecimento acerca da doação de órgãos e seus processos. Aghayan et al. (2009) mostraram que o conhecimento sobre os aspectos legais da doação de órgãos era muito baixo entre os enfermeiros.

Estudos recentes relatam que a falta de conhecimento tem um efeito negativo sobre a atitude das pessoas em relação à doação de órgãos. As enfermeiras destacaram a necessidade de mais conhecimento e tempo teórico-prático para a reflexão para, assim, conseguir melhorar sua competência profissional. Estudos também mostram que os enfermeiros não se sentem confiantes no processo de doação, pela falta de experiência, concluindo que eles precisam de mais educação sobre os aspectos da morte encefálica e o processo de doação de órgãos. Além disso, o conhecimento dos enfermeiros, sua experiência e as atitudes em unidades de rotinas podem influenciar, significativamente, a identificação e cuidado de potenciais doadores e seus familiares (AGHAYAN et al., 2009; BENER et al., 2008; MEYER et al., 2012).

O enfermeiro, por estar mais próximo do paciente, configura-se um profissional necessário no processo de comunicação com os familiares, sendo um facilitador para iniciar a discussão sobre doação de órgãos. Gumbley e Pearson (2006) enfatizaram que os enfermeiros estão numa posição ideal para realizar a abordagem da família para doação, garantindo, assim, aos familiares, a consciência do processo e seus benefícios.

Indo mais além, Aghayan et al. (2009) descreveram que os enfermeiros são os primeiros profissionais a identificar um potencial doador e notificar a equipe médica assistente. Gumbley e Pearson (2006) relataram em seu estudo que, das 17 discussões sobre doação de órgãos, o profissional enfermeiro iniciou 13, e os familiares relataram que se os enfermeiros não houvessem iniciado o diálogo, eles não teriam pensado sobre a doação de órgãos.

O enfermeiro, por estar muito próximo do paciente e de seus familiares, torna-se elemento importante no processo de discussão sobre doação de órgãos. Kent (2004) e Gumbley e Pearson (2006) corroboraram com os outros autores quando expressam que, o enfermeiro, em sua rotina, incentiva a formação de relações estreitas com os familiares, o que significa que este profissional está em uma posição chave para discutir a doação de órgãos com os parentes. Contudo, Bener et al. (2008) alertaram que, devido ao alto nível de habilidade interpessoal, os enfermeiros são os profissionais que mais se aproximam da família enlutada para oferecer conforto e prestar apoio emocional, podendo não perceber a doação de órgãos como parte de sua responsabilidade profissional.

Swain (2011) manifestou-se mostrando que, muitos dos coordenadores de doação de órgãos nos EUA, não tinham qualquer treinamento formal anterior. Aghayan et al. (2009) expuseram a experiência de uma disciplina ofertada em uma escola

canadense de enfermagem que melhorou, significativamente, as atitudes e conhecimento sobre o assunto nos enfermeiros. Swain (2011), fez alusão ao educador clínico de enfermagem, que, geralmente, possui avançados níveis de educação formal – mestrado e pós-graduação – que desempenham um papel importante nas organizações onde ocorre a captação e doação de órgãos para transplante. Meyer et al (2012), enfatizaram que a instrução educacional foi relatada como essencial para a aproximação de família, no entanto, poucos tinham formação nesta difícil tarefa.

Meyer et al. (2012) e Swain (2011) enfatizam que, pode-se obter vantagens nas instituições que construírem uma rede com educadores especializados, possibilitando troca de saberes, compartilhando recursos, e promovendo princípios de formação para atingir melhorias no processo de doação de órgãos. Complementam que se tem observado um aumento da confiança e desempenho no trabalho, após funcionários novos concluírem treinamentos adequados.

Enfermeiros de unidades críticas estão em uma posição privilegiada para abordar os familiares e prestar cuidados aos potenciais doadores. Mas, qualquer intenção de contribuição, por parte dos enfermeiros, no processo de doação de órgãos, deve vir acompanhada de um plano educacional abrangente, que possibilite, ao profissional enfermeiro, atuar com qualidade e conhecimento frente ao doador de órgãos (DALY, 2006).

Portanto, os autores apontam que o enfermeiro é um elemento chave no processo de doação de órgãos, pois, é o profissional mais próximo do paciente e do familiar, que possibilita tecer e firmar relacionamentos que proporcionam aos familiares, conforto e segurança. Mas, para que o enfermeiro consiga atender, plenamente, seu objetivo que é a solicitação a doação de órgãos, este precisa agregar conhecimentos específicos podendo, assim, desenvolver uma comunicação efetiva, transparente, que facilite os familiares o entendimento pleno da morte encefálica, abrindo espaço para a doação de órgãos.

A segunda evidência que surgiu está relacionada à importância de instrumentos e programas na melhoria da prática da doação de órgãos. Esta categoria aborda sobre as avaliações de instrumentos, programas, treinamentos que visavam auxiliar na melhoria da obtenção de órgãos para transplantes.

Vários estudos expuseram programas implantados em seus países na tentativa de melhorar os índices de doação de órgãos para transplante, dando ênfase especial a avaliação da eficácia com relação à capacitação (DODD-McCUE et al., 2005; EHRLE,

2006; ERTIN et al. 2010; SEBACH et al., 2011; SHAFER et al., 2006; ZAVOTSKY et al, 2007).

Shafer et al. (2006) preconizaram o estabelecimento de metas e cursos de capacitação, a partir de experiências positivas de hospitais e de Organizações de Procura de Órgãos (OPOs) renomadas dos EUA. Zavotsky et al. (2007) relataram um projeto de capacitação em doação de órgãos para enfermeiros de emergência, totalizando 40 horas, em que os profissionais foram convidados pelas OPOs. Neste curso, definiram-se estratégias para os enfermeiros seguirem, caso estejam frente a um potencial doador.

Sebach et al. (2011) objetivaram avaliar a implantação e desenvolvimento de um programa de capacitação em um departamento de emergência no interior dos EUA, onde os enfermeiros foram convidados a participar de um treinamento que abordavam tópicos relacionados ao processo de doação, manejo e abordagem familiar. Os programas de capacitação sempre são úteis, por fornecer complementos ao conhecimento dos profissionais. Shafer et al. (2006) apontaram, como resultado do programa, um aumento de 10.8%, em 2004, comparado ao ano anterior, nas taxas de doador falecido, além alcançar a meta de 75% de doadores reais em 36 dos 95 hospitais americanos em 2005.

Zavotsky et al. (2007) relataram que, o programa de capacitação conseguiu estabelecer uma conduta proativa nos participantes, após o processo de doação, alegando que os profissionais enviaram cartas para as famílias doadoras, e também telefonemas de agradecimento. Além disso, fazem alusão aos enfermeiros de emergência, que possuem capacidade de habilmente misturar fisiologia complexa, assistência ao paciente e apoio psicológico a família, enquanto ao mesmo tempo mantém comunicação eficaz com equipe multidisciplinar.

Sebach et al. (2011) evidenciaram a eficácia do seu programa, relatando que o departamento da emergência aumentou em 87% as notificações de potencial doador, em comparação ao ano anterior. Conclui-se, então, que seriam interessantes as emergências de todos dos Estados adotarem programas semelhantes, para elevar taxas de notificação de potenciais doadores, e como resultado obtenção de órgãos para transplante.

Outros autores, como Dodd-McCue et al. (2005) e Ertin et al. (2010), ilustraram estudos de avaliação de programas que direcionam para a comunicação eficaz, acreditando ser a comunicação um meio extraordinário dos enfermeiros persuadirem os familiares para doação de órgãos. Dodd-McCue et al. (2005), em seu estudo, examinaram o impacto de um protocolo dirigido a aumentar a doação de órgãos, através

da introdução de capelães no apoio aos familiares. A abordagem da família, realizada por capelães, facilita a comunicação entre os funcionários do hospital e monitora o entendimento da família acerca da morte encefálica. A função do capelão é concentrar-se no apoio à família, enquanto o foco da enfermagem e da medicina é o manejo clínico do paciente e fornecer as informações à família sobre o curso do tratamento e testes. O coordenador de transplante somente é apresentado à família, quando o capelão estabelece a compreensão da família sobre o prognóstico grave ou quando a família inicia a discussão (DODD-McCUE et al., 2005).

Com a incorporação de religiosos para ajudar no processo de luto e morte encefálica, diminuiu, drasticamente, o estresse relacionado com o papel do enfermeiro e suas atitudes de trabalho, além de apresentar-se de forma positiva, também foi possível demonstrar que esta tendência foi sustentada ao longo do tempo (DODD-McCUE et al., 2005). Isto foi possível porque os enfermeiros e médicos perceberam que podiam se concentrar sua atenção no paciente, sabendo que as necessidades da família estavam sendo atendidas pelos capelães.

Ertin et al. (2010) fizeram um comparativo do modelo turco com os modelos espanhol, belga, e iraniano, com a finalidade de demonstrar a contribuição do enfermeiro para resolver o problema atual de aquisição de órgãos na Turquia. O modelo turco aperfeiçoado do modelo espanhol identifica o papel importante do enfermeiro, no sentido de convencer as pessoas a se voluntariar como doadores, acarretando, aos enfermeiros, tarefas muito além dos relatórios de morte encefálica. Mostrou que o profissional enfermeiro podia iniciar a discussão e, até mesmo, persuadir as famílias sobre doação. Ao invés de breves trocas verbais entre médicos e familiares, os enfermeiros podiam ser negociadores mais bem sucedidos, devido a sua habilidade desenvolvida de comunicação com todos os envolvidos (ERTIN et al., 2010).

Este estudo, realizado na Turquia, trouxe a possibilidade de investir nos profissionais enfermeiros para aumentar, significativamente, as taxas de notificações de potenciais doadores. Este fato foi observado após a contratação de enfermeiros como coordenadores de doação e transplante de órgãos nos hospitais turcos (ERTIN et al., 2010).

Um protocolo desenvolvido nos EUA cita o “Trigger”, protocolo que serve de apoio para identificação de potenciais doadores de órgãos. Cabe ressaltar que potencial doador é a semântica utilizada para denominar o paciente que está em fase de confirmação de morte encefálica, ou seja, ainda não tem o diagnóstico médico que está

morto. Ehrle (2006) expôs o processo que ajuda na identificação de potenciais doadores o mais breve possível. O “trigger” elege critérios que definem a abertura de protocolo para morte encefálica, entre eles estão: pacientes com escala de Glasgow 5, paciente deve estar em ventilação mecânica, ou com perda de um ou dois reflexos de tronco cerebral. E, como resultado, observou-se um aumento da taxa de notificação e consequente doação de órgãos nos hospitais estudados, alcançando taxas que variam entre 64% e 74% a mais de notificações de potenciais doadores.

Os estudos descritos nesta categoria confirmaram, através de suas evidências, que instrumentos são de grande valia para conduzir os profissionais de saúde, durante o processo de doação de órgãos, além que sustentar legalmente suas ações. Os trabalhadores desenvolvem o processo de doação de órgãos com mais confiança e amparados legalmente.

Outros estudos não categorizados trazem informações relevantes, mas não puderam ser agrupados em categoria. Essas investigações abordam sobre gestão de risco na avaliação do enfermeiro, o manejo do doador realizado pelo enfermeiro, e sobre identificação de potenciais doadores.

Uma faz referência à importância do enfermeiro na gestão de risco, ao afirmar que os enfermeiros compartilham com toda a equipe clínica a responsabilidade para a monitoria da qualidade, segurança e riscos nas atividades relacionadas ao manejo do potencial doador de órgãos. Também enfatiza que os enfermeiros devem reconhecer e corrigir, posteriormente, eventos adversos, tanto para o doador quanto para o receptor (SAVIOZZI, 2010).

Peiffer (2007) realizou uma revisão bibliográfica para instruir médicos e enfermeiros quanto ao processo de doação de órgãos, desde o início da abertura do protocolo e comunicação da família, perpassando pelo manejo clínico e possível desequilíbrio hemodinâmico, até ao pedido da família e a doação dos órgãos Mendes et al. (2012). descreveram o papel do enfermeiro em transplante como prestador de cuidado especializado na proteção, promoção e reabilitação da saúde dos pacientes e familiares. O enfermeiro coordenador de transplante é o elemento da equipe responsável por facilitar o processo de transplante. Esse profissional exerce papel de integração entre todos os membros da equipe de transplante, atuando como elo entre o paciente e a equipe. Os enfermeiros que atuam no cuidado de enfermagem no transplante e doação de órgãos e tecidos requerem conhecimento científico adequado, devem também possuir

competências clínicas necessárias que vão além daquelas obtidas durante a graduação em enfermagem (MENDES et al., 2012).

Tamburri (2006) acrescentou algumas ações que o enfermeiro pode incluir na sua rotina diária com o potencial doador, como por exemplo: procurar saber como identificar um potencial doador, estar familiarizado com os critérios elegíveis de morte encefálica, cooperar com as OPOs, seja um disseminador e apoiador dos benefícios da doação de órgãos entre os colegas, defender o direito de ser oferecida à família a oportunidade de decidir pela doação de órgãos, entre outros.

A presente revisão integrativa constituiu em uma ferramenta para identificar as evidências sobre o papel do enfermeiro frente à doação de órgãos no Brasil e no mundo. Os resultados mostraram que fatores como: medo, estresse, religião, conhecimento, são os motivos que mais dificultam os enfermeiros, quando confrontados com o processo de doação de órgãos. E, elementos como: a proximidade do paciente e familiar, habilidades de comunicação, conforto ao paciente e familiar, são citados como fatores essenciais para tornar o enfermeiro um profissional imprescindível no processo de doação de órgãos, em qualquer país do globo.

Ao analisar as buscas percebe-se que, apesar da importância do tema e sendo, o enfermeiro, um elemento chave no processo de doação de órgãos, pouco se tem produzido sobre o seu papel no processo de doação de órgãos. Nota-se que, ao observar os resultados das buscas, ocorre acentuada queda nos achados após a inserção dos descritores, chegando inclusive a não se encontrar produções, em algumas bases de dados.

Percebe-se que vários fatores influenciam no papel do enfermeiro frente ao processo de doação e transplante de órgãos, que deve adquirir conhecimento sobre doação e transplante, e suprir deficiências da educação formal, transmitindo mais confiança, e transparência tanto para a equipe multidisciplinar como para os familiares, fortalecendo, assim, a veracidade e a legalidade dos Programas de Doação e Transplante de Órgãos dos países. Os estudos também trazem informações pertinentes aos enfermeiros de emergência e UTI sobre o processo de doação de órgãos, porém não há evidências de estudos sobre enfermeiros de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). Sugere-se então, que estudos sobre o papel do enfermeiro em CIHDOTTs sejam realizados, no intuito de aprofundar-se o debate sobre o assunto.

3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

*Embora ninguém possa voltar a traz e fazer um novo começo,
qualquer um pode recomeçar e fazer um novo fim.*

Chico Xavier

Neste item estão descritos os procedimentos metodológicos que foram adotados para a realização dessa investigação.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. Minayo et al. (2010) afirmaram que, na investigação por método qualitativo, são trabalhadas atitudes, crenças, comportamentos e ações dos indivíduos pesquisados, procurando-se entender o ser humano em suas relações com o mundo.

3.2 Cenário

Para realização deste estudo foram escolhidos os hospitais de Porto Alegre, que tem em seu estabelecimento as CIHDOTTs registradas no Ministério da Saúde, conforme Portaria nº. 2.600 de 21 de outubro de 2009. Os hospitais selecionados foram os seguintes: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Mãe de Deus, Hospital Dom Vicente Scherer, e Hospital Cristo Redentor.

Para seleção dos hospitais acima mencionados foi realizada, inicialmente, uma solicitação à Central Estadual de Transplantes do Rio Grande do Sul de uma listagem dos hospitais que eram credenciados ao Sistema Nacional de Transplantes quanto à

captação, e/ou transplante de órgãos. O rol de hospitais totalizou 15 instituições na área de abrangência da pesquisa, segundo as informações recebidas da Central Estadual de Transplantes do Rio Grande do Sul.

Na sequência, as instituições foram submetidas aos seguintes critérios de inclusão: possuir CIHDOTT em suas dependências devidamente inscritas no Sistema Nacional de Transplantes e estar localizada na Cidade de Porto Alegre. Constituíram-se em critérios de exclusão: hospitais que são apenas transplantadores, hospitais com os quais não foi possível contato por telefone e/ou e-mails, e instituições de saúde que apontaram dificuldades para obtenção de autorização institucional para realização do estudo.

Durante a coleta de dados, alguns participantes sugeriram a que outro cenário fosse incluído, devido ao trabalho desempenhado pelo enfermeiro naquela instituição. O cenário indicado foi o Hospital de Pronto Socorro de Canoas (HPS) pertencente ao Sistema Mãe de Deus. O HPS de Canoas foi, portanto, incluído através da indicação dos participantes. Salienta-se também, que os aspectos éticos para a pesquisa no HPS foram preservados, pois, o comitê de ética em pesquisa do Hospital Mãe de Deus aprovou o projeto previamente.

3.2.1 Descrição dos cenários

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), popularmente conhecido por Hospital de Clínicas, é uma instituição pública e universitária, ligada ao Ministério da Educação e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foi fundado em 1970, fruto dos esforços empenhados pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para sua construção. O Hospital de Clínicas integra a rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e Cultura (MEC), e, gradualmente, foi integrando-se aos cursos da universidade (HCPA, 2013).

O Hospital de Clínicas atende ao setor público e privado. Possui 795 leitos, de diversas especialidades incluindo a emergência. No ano de 2012 teve 33.585 internações, 507 transplantes. Conta, também, com mais de 3.400 alunos entre graduação, mestrado e doutorado (HCPA, 2013).

O Sistema de Saúde Mãe de Deus foi fundado em 1979. Atualmente conta com duas unidades hospitalares em Porto Alegre, e outras sete no interior do Estado do Rio Grande do Sul. É o único hospital do sul do País a ter dupla certificação, a ONA 3 (Organização Nacional de Acreditação), nível máximo de excelência, e a *Joint Commission International* (JCI), que certifica as instituições de saúde comprometidas com os rigorosos padrões internacionais e segurança e assistência ao paciente. Com 52.000 m² de área construída, tem 400 leitos, e mais de 2000 funcionários (SISTEMA DE SAÚDE MÃE DE DEUS, 2013). Os Hospitais do Sistema Mãe de Deus selecionados, foram o Hospital Mãe de Deus, e Hospital de Pronto Socorro de Canoas, este último incluiu-se na pesquisa por indicação dos participantes durante a coleta de dados nos outros cenários.

Hospital Dom Vicente Scherer, pertencente à Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, fundada em 1803, de caráter filantrópico, atende 60% SUS e 40% distribuídos entre convênios e particulares, contando com mais de 44 mil internações/ano. Hoje a Santa Casa de Porto Alegre tem sete hospitais, com destaque as áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cardiologia, Neurocirurgia, Pneumologia, Oncologia, Pediatria e Transplantes (HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 2013).

Seu histórico em transplante iniciou em 1938, com o transplante de córneas, após sucessivos feitos na área de transplantes realizou o primeiro transplante de rim e pâncreas conjugado do país. Também foi pioneiro na América Latina em transplante de Pulmão, em 1989 e em 1993. Realizou o primeiro transplante duplo de pulmão na América Latina, em 1996, além do primeiro transplante conjugado de fígado e rim do Estado. Por isso, tornou-se Hospital referência em transplantes (HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 2013).

Hospital Cristo Redentor é referência no atendimento a pessoas acidentadas, estando entre os três centros de referência em emergência e trauma existentes no Rio Grande do Sul. Possui 264 leitos, com especialidade no atendimento a: cirurgia bucomaxilofacial, neurocirurgia, traumato-ortopedia, cirurgia plástica e queimaduras. Destaca-se o serviço de neurocirurgia, utilizado para consultorias para o Ministério da Saúde. Representa 8% do total dos atendimentos ambulatoriais de alta complexidade pelo SUS em Porto Alegre (GRUPO HOPITALAR CONCEIÇÃO, 2013).

Em 2009, a emergência e a UTI do hospital foram ampliados e qualificados, melhorando a assistência à população e as condições de trabalho dos funcionários. A

emergência do hospital, que atende a trezentos pacientes por dia, teve a área mais do que duplicada. O setor ganhou também mais leitos, totalizando 22, distribuídos por meio da classificação de risco.

A unidade hospitalar Cristo Redentor conta com 264 leitos de internação e auxiliares, numa área de aproximadamente 19.000 m², com um quadro de funcionário entorno de 1342 pessoas (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2013).

3.3 Participantes

As CIHDOTTs são compostas por equipes multiprofissionais, destacando-se: enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais. Para essa investigação foram considerados participantes da pesquisa os enfermeiros atuantes nessa comissão. Para tanto, constituem-se em critérios de inclusão: ser profissional enfermeiro, devidamente registrados no Conselho Regional de Enfermagem e que atuam em CIHDOTTs com, no mínimo, seis meses de experiência em comissão de doação de órgãos e tecidos para transplante. Os critérios de exclusão foram os enfermeiros membro de comissão intra-hospitalar de doação de órgãos para transplante que estivessem em laudo para tratamento de saúde ou outros afastamentos, durante o período de coleta de dados.

A população do estudo foi constituída por 14 enfermeiros, distribuídos nos hospitais que compuseram os cenários do estudo, vinculados ao serviço de CIHDOTT. Estimou-se entrevistar a totalidade dos participantes, porém dois não puderam ser entrevistados. Um devido a sua desvinculação do enfermeiro do quadro funcional da instituição, durante o período de coleta de dados, e o outro devido a dificuldade de encontro para realização da entrevista.

3.4 Coleta de dados

Adotou-se uma entrevista tipo semiestruturada que é um dos meios mais utilizados para coleta de dados nas áreas sociais. Consiste em obter informações sobre o que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou

fizeram, bem como explicações ou razões acerca disso (GIL, 2006). Além disso, a entrevista é o procedimento mais usual na pesquisa de campo, que procura obter informações, por meio do depoimento dos entrevistados (MINAYO, 2010).

Sobre a entrevista semiestruturada também denominada de entrevista por pautas, Gil (2006) comenta que apresenta certo grau de estruturação, mas permite que o entrevistador explore pontos de interesse durante a entrevista. Permite também que o entrevistador intervenha, quando necessário, para focalizar o sujeito entrevistado na questão, caso este se afaste da resposta. A entrevista teve além das questões subjetivas, questões sociodemográficas que possibilitaram realizar uma caracterização dos participantes quanto ao tempo de serviço, sexo, idade, tempo de atuação em CIHDOTTs, de acordo com roteiro de questões em anexo (Apêndice A).

A aproximação do pesquisador e participantes deu-se por meio de contato telefônico e através de e-mails, o que teve início em setembro de 2013, com a pretensão de identificar e estabelecer certo vínculo com os sujeitos que comporiam a pesquisa. A coleta de dados teve início após contato formal com os participantes que se disponibilizaram e aceitaram conceder a entrevista, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

A participação dos enfermeiros consistiu em uma entrevista, em horário e local previamente definidos pelo participante, onde se abordou alguns aspectos relacionados ao seu cotidiano de trabalho. Os depoimentos foram registrados por meio de gravadores de voz, a fim de garantir a fidedignidade das colocações e auxiliar na análise dos dados. O tempo de duração das entrevistas variou entre quinze e quarenta minutos. Em nenhum momento os participantes tiveram sua identidade revelada, para isso todos os sujeitos da pesquisa receberam um código como exemplo E1, E2, E3 aleatoriamente de acordo com o número da entrevista, e a letra “E” de enfermeiro.

As entrevistas aconteceram na própria instituição do entrevistado, em lugar adequado, livre de movimentação e que garantiu a privacidade do entrevistado. Os 14 participantes dessa pesquisa totalizaram 100% dos enfermeiros presentes nas CIHDOTTs dos cenários selecionados.

3.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo temático de Minayo (2010), que descreveu o roteiro para garantir que a entrevista seja analisada de forma sistemática. Minayo et al. (2002) também apontaram as fases de análise de conteúdo, descritas a seguir. A primeira, chamada de pré-análise, na qual se organiza todo o material para ser analisado, registram-se impressões, destacam-se trechos e inicia-se a categorização. A segunda fase refere-se à exploração do material, é a fase mais longa. Pode-se fazer necessário várias releituras de um mesmo material. A terceira fase é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação a partir de conceitos qualitativos. Por isso, deve-se voltar à atenção para as tendências, ideologias, pensamentos, ou o que se está pesquisando.

Os dados colhidos passaram pela apreciação categorial temática, entendendo que categoria consiste no conjunto de elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, baseadas nos depoimentos obtidos. Organizar categorias significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso (MINAYO, 2010).

Tendo como princípio norteador à análise de conteúdo temático de Minayo (2010), que descreveu a análise nas etapas já mencionadas, abaixo estão detalhados os procedimentos adotados para a construção das categorias e subcategorias desse estudo.

Minayo (2010) denominou a primeira fase da análise como Pré-análise. Fase que refere-se a organização e sistematização das ideias, onde faz-se a escolha dos documentos a serem considerados. Nesta fase retomam-se constantemente os objetivos e as hipóteses iniciais da pesquisa relacionando ao material coletado, e a criação de indicadores que nortearão a interpretação final. A pré-análise para Minayo (2010) pode ser decomposta em quatro etapas: leitura flutuante; a exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Neste sentido, após a transcrição e impressão das entrevistas, foram realizadas várias leituras, nas quais partes importantes e pertinentes aos estudos receberam destaque com canetas marca texto de cores diferentes, com o intuito de classificar as falas, pensando nos grandes temas. Minayo (2010) relatou que, na leitura flutuante, deve haver um contato exaustivo com o material de análise, que envolve a organização do material, de forma a responder a critérios de exaustividade, representatividade,

homogeneidade e pertinência. Minayo (2010) também citou que os dados brutos do material devem ser codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto. Essa codificação envolve procedimentos de contagem, classificação, ou enumeração.

Após a leitura flutuante e ênfase das falas relevantes, foi realizada a classificação dos trechos, de acordo com sua ocorrência, criando-os em vários subtemas. Ressalta-se que, nesse momento, ainda não havia a definição dos grandes temas. Segundo Minayo (2010) a formulação de hipóteses e objetivos, ou de pressupostos iniciais flexíveis permite a emergência de hipóteses a partir de procedimentos exploratórios, referenciação dos índices e elaboração dos indicadores a serem adotados na análise, e preparação do material ou, se for o caso, edição.

Para a criação dos grandes temas, adotou-se a aglutinação de subtemas de acordo com a informação contida. Minayo (2010) acrescentou que nessa fase, os dados brutos são submetidos a procedimentos e operações que possibilite observar as afinidades entre os dados, a fim de se tornarem significativos e válidos e de evidenciarem as informações obtidas. De posse dessas informações, o investigador propõe suas inferências e realiza suas interpretações de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos, ou identifica novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

Assim, foi possível a construção de quatro temas descritos a seguir: A inserção do enfermeiro em CIHDOTT, o Trabalho do enfermeiro em CIHDOTT: facilidades e dificuldades A família como parte do papel do enfermeiro atuante em CIHDOTT, Centralidade do enfermeiro em CIDOTT, com as subcategorias: atributos essenciais e o papel do enfermeiro em CIHDOTT e atividades inerentes ao profissional enfermeiro em CIHDOTT.

3.6 Aspectos éticos

Os aspectos éticos que envolvem a investigação com seres humanos, são fundamentados pela resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012, e que devem respeitados durante todo o trâmite da pesquisa.

Pesquisas com uso de entrevista envolvem, necessariamente, seres humanos. Desta forma, o projeto precisou ser encaminhado previamente à autorização institucional dos hospitais envolvidos. Além disso, foi realizado o registro no Gabinete

de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria e submissão do projeto para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFSM. A UFSM foi à instituição proponente e após o seu consentimento, foi realizada a submissão para os outros Comitês de Ética em Pesquisa dos cenários envolvidos como coparticipantes via Plataforma Brasil. Salienta-se que a coleta de dados, foi iniciada após a tramitação de todos os requisitos exigidos pelas instituições envolvidas.

Após a aprovação do projeto os participantes da pesquisa, souberam e foram informados quanto aos seus direitos, quanto ao anonimato e proteção da imagem, e também quanto, ao direito de recusar-se a participar da pesquisa, ou a retirar o consentimento em qualquer momento da mesma, sem que disto lhe resulte em algum prejuízo, conforme os preceitos da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). Para assegurar o anonimato dos sujeitos, os mesmos foram identificados com a primeira letra da categoria profissional seguido por algarismos romanos crescentes, de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

A ética não é apenas questão de sigilo, envolve a observação de normas de conduta corretas em todas as dimensões da vida. Ao realizar uma pesquisa qualitativa, existe o risco de invadir a privacidade do pesquisado, pois se necessita utilizar suas falas e analisá-las. Por isto, a questão ética neste estudo será mais que um instrumento de consentimento informado para tentar e garantir, durante todo o processo, o anonimato dos sujeitos pesquisados (VICTORIA; KNAUT; HASSEN, 2000).

Também foi assegurada a possibilidade de desistência de participação na pesquisa a qualquer momento e o acesso as informações por eles obtidas e aos resultados do estudo. A pesquisa não traz riscos físicos aos sujeitos, porém no decorrer da entrevista o participante poderá apresentar desconforto emocional, e caso isso aconteça o entrevistador poderá interromper a entrevista, caso o entrevistado deseje e encaminhá-lo para atendimento especializado, se houver interesse.

O estudo não causou benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa, porém reflexões sobre os conhecimentos produzidos pelos profissionais, através do emprego de seus saberes provenientes de referenciais bibliográficos e experiências oriundas da prática, poderão possibilitar aos sujeitos reconhecimentos sobre a importância de seu trabalho. Outro benefício está, relacionado aos resultados dessa pesquisa que, após, publicados, acarretarão benefícios para a sociedade acadêmica e sociedade civil, no sentido de

oferecer embasamento para os profissionais e gestores, sobre o que permeia o papel do enfermeiro nas CIHDOTT.

Os pesquisadores comprometeram-se a manter a confidencialidade da identidade dos participantes conforme Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados (Apêndice C), e tais dados poderão ser utilizados para fins de pesquisa, e formar um banco de dados para pesquisas futuras. Acredita-se que este estudo pode contribuir com novas investigações que abordem aspectos relativos ao papel do enfermeiro em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos.

Os critérios para suspender ou encerrar as pesquisas podem ser de ordem operacional, pela possibilidade de haver recusas em participar do estudo. Caso não haja anuência por parte dos sujeitos em participar das entrevistas individuais poderá ser rediscutido o delineamento do projeto, suspendê-lo ou mesmo encerrá-lo.

A pesquisa não trará ônus para os investigados e nem para a instituição pesquisada. E os resultados serão divulgados para comunidade científica em eventos e publicações, através de resumos e artigos. Por fim, será firmado o compromisso de retornar os resultados parciais e integrais aos sujeitos da pesquisa, aos trabalhadores do cenário da pesquisa e a Instituição de Saúde, em situações particulares, de acordo com o interesse individual.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

*Nossas dúvidas são traidoras e nos fazem perder o que,
com frequência poderíamos ganhar, por simples medo de arriscar.*

William Shakespeare

Como se trata de um estudo de abordagem qualitativa, os resultados serão apresentados conjuntamente com o processo de discussão, como forma de melhor explorar todas as nuances explícitas e implícitas nos relatos dos participantes. Sendo assim, abaixo estão apresentadas as categorias resultantes do processo de análise das entrevistas, ilustradas com alguns depoimentos representativos das mesmas, conjugados ao processo interpretativo, entremeadas com dados da literatura.

Uma breve caracterização dos participantes revela que sua idade variou entre 24 e 53 anos, com prevalência da faixa etária compreendida entre 30 e 40 anos (58%). Há predominância do sexo feminino em quase a totalidade dos entrevistados (91%). A maioria dos participantes, concluíram o bacharelado em enfermagem nos anos compreendidos entre 2001 e 2012 (75%), com maior incidência nos anos de 2010 e 2012 com (33%).

Os enfermeiros de CIHDOTT, em sua totalidade, possuem uma ou mais especializações, com ênfase em Intensivismo (42%), em Centro Cirúrgico (25%) e em Urgência e emergência (25%). Chama-se a atenção para o fato de 17% dos participantes possuir especialização em Doação e Transplante, evidenciando-se a busca por conhecimento específico sobre o tema. Destaca-se, também, a ocorrência de dois enfermeiros (17%) com pós-graduação em nível *stricto sensu*.

A maioria dos participantes do estudo está no mercado de trabalho, como enfermeiro, há uma década (67%). E, excetuando-se dois enfermeiros que atuam com dedicação exclusiva nas CIHDOTT, os outros enfermeiros realizam escalas de sobreaviso na CIHDOTT, sendo acionados quando há necessidade ou processo de doação e captação de órgãos. Observa-se que os participantes do estudo atuam em diferentes unidades hospitalares. Cita-se a unidade de tratamento intensivo com (33%),

seguido do bloco cirúrgico (25%) e, posteriormente, unidades de emergência, clínica geral e neurológica (42%).

Quanto ao tempo de atuação como membro de CIHDOTT, 50% dos entrevistados estão com, no máximo, dois anos de experiência, seguido pelos mais experientes com mais de seis anos de CIHDOTT (33%). Entre as instituições pesquisadas, os enfermeiros são os profissionais que compõem, em maior número, a representação nas CIHDOTTs, excetuando apenas um Hospital. Os demais profissionais que compõem essa comissão são: médico, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social, apenas uma instituição possuía técnicos de enfermagem como membros de CIHDOTT.

Os resultados do estudo, uma vez analisados, foram agrupados em quatro grandes categorias que são: A inserção do enfermeiro em CIHDOTT; O trabalho do enfermeiro em CIHDOTT: facilidades e dificuldades; A família como parte do papel do enfermeiro de CIHDOTT; e A centralidade do enfermeiro atuante em CIHDOTT. Os quatro grandes temas foram construídos e alicerçados, por subcategorias que sustentam o entendimento sobre o papel do enfermeiro em CIHDOTT.

A primeira categoria chama a atenção para a inserção do enfermeiro em CIHDOTT, sustentada pela subcategoria Conhecimento do enfermeiro, caracterizando o que possibilita e facilita o trabalho desse profissional na Comissão.

A segunda categoria foi chamada de: O trabalho do enfermeiro em CIHDOTT, apoiada nas subcategorias: facilidades relacionadas aos enfermeiros de CIHDOTT; dificuldades relacionadas a aspectos estruturais; dificuldades pautadas nos aspectos relacionais; assim como relacionadas à falta de informação; estigmas; e à família. Tal categoria mostra como o profissional enfermeiro membro de CIHDOTT enfrenta as adversidades e as limitações físicas e psíquicas, no que tange o exercício de seu papel na comissão.

A terceira categoria aborda a família como parte do papel do enfermeiro em CIHDOTT, e trata de questões relacionadas ao acolhimento, vínculo e empatia, tido pelos participantes como elementos necessários para uma boa atuação na Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.

Por fim, a quarta e última categoria aborda a centralidade do enfermeiro como membro de comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes, evidenciando as qualidades, atividades, valores e atitudes inerentes aos enfermeiros que participam de tais comissões. Também, nessa categoria, é possível observar relatos de

enfermeiros de CIHDOTT sobre como eles acreditam ser percebidos pelos outros profissionais membros da comissão.

O quadro abaixo mostra os objetivos e as categorias correspondentes que abordam e atendem aos respectivos objetivos propostos nesta pesquisa.

Objetivo Geral	Categoria
Conhecer o papel do enfermeiro na comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes.	<ul style="list-style-type: none"> - Centralidade do Enfermeiro em CIHDOTT; - Atributos essenciais para o enfermeiro de CIHDOTT desempenhar seu papel. - Atividades inerentes ao profissional enfermeiro em CIHDOTT - A família como parte do papel do enfermeiro em CIHDOTT; - Acolhimento - Vinculo; - Empatia.
Objetivos Específicos	Categoria
Conhecer como se deu a inserção dos enfermeiros em CIHDOTTs	<ul style="list-style-type: none"> - A inserção do enfermeiro em CIHDOTT - Conhecimento do enfermeiro sobre o processo de doação e transplantes de órgãos
Apreender as percepções dos enfermeiros com relação ao seu papel em CIHDOTTs, evidenciando facilidades e dificuldades;	<ul style="list-style-type: none"> -O Trabalho do enfermeiro em CIHDOTT: Facilidades e Dificuldades; -Facilidades relacionadas ao enfermeiro de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos -Dificuldades relacionadas ao trabalho do enfermeiro em Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - Dificuldades relacionadas a aspectos estruturais - Dificuldades pautadas nos aspectos relacionais - Dificuldades relacionadas à falta de informação e de comprometimento da equipe assistencial - Desinformação das famílias sobre o processo de doação de órgãos - Estigmas - Dificuldades relacionadas à família

Quadro 1 – Objetivos atendidos e categorias correspondentes

Fonte: quadro elaborado pelo autor.

4.1 A inserção do enfermeiro em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos

A Enfermagem envolve um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida (COREN-RS, 2014).

Um estudo realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem COFEN em 2013, mostrou que, de 2009 a 2012, dos 304.317 postos de trabalho de nível superior abertos no Brasil, 27.282 vagas, quase 9% do total, foram para enfermeiros, sendo menos requisitados apenas que os analistas de tecnologia da informação (TI). Isto demonstra a importância do enfermeiro para assistência integral e de qualidade ofertada nos serviços de saúde.

Guido et al. (2009) comentam que a enfermagem, nas últimas décadas, vem se caracterizando como profissão em pleno desenvolvimento, na conquista de novas perspectivas e conhecimento, por meio dos saberes profissionais e avanços tecnológicos, construindo um espaço concreto e visível nos sistemas de saúde.

Como membro de CIHDOTT o enfermeiro é parte de uma equipe multidisciplinar e é tido como elemento primordial na condução da assistência integral e de qualidade do serviço, pois, muitas vezes, cabe ao enfermeiro coordenar e criar elos entre os demais profissionais e setores, para que o processo de doação de órgãos ocorra de maneira rápida e coesa.

Assim, esta categoria traz informações na percepção dos participantes, sobre os motivos que justificam a necessidade de haver enfermeiros nas CIHDOTTs. Isso inclui manifestações sobre como são alocados nessas comissões, assim como, sobre sua capacidade de gestão e coordenação nos processos de doação e captação de órgãos, o que coloca os enfermeiros em uma posição de destaque dentro das Comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Estudos apontam o enfermeiro como fundamental para que se tenha tanto a identificação do possível doador de órgãos quanto à efetivação da doação (MARTINS; COSTA, 2013). Nesse sentido, ao serem questionados sobre a forma como passaram a integrar a CIHDOTT, alguns participantes referiram que não houve uma iniciativa

própria, mas sim uma espécie de “convocação” para assumirem o cargo. Os depoimentos a seguir, são ilustrativos dessa situação:

Vamos fazer por gestos [sinalizou com as mãos um empurrão]. Me falaram assim... tem uma vaga, a gente acha que é teu perfil. (E1)

Foi por livre e espontânea pressão, por que precisávamos de outra enfermeira no centro cirúrgico, para não sobrecarregar a [citou o nome de outra enfermeira do Bloco Cirúrgico que faz parte da CIHDOTT]. (E2)

Bom, a inserção foi meio que [fez gestos com as mãos] livre e espancada vontade. (E4)

A coordenadora na época da CIHDOTT, me chamou para fazer algumas horas da minha carga horária total no hospital mais para a área de estatística e para a área de organização de banco de dados e acabei conseguindo uma vaga na CIHDOTT. (E8)

A irmã [citou o nome] que me convidou na época e aí eu fui atrás, porque eu não sabia nada. (E3)

Em outros casos, os profissionais se inseriram na CIHDOTT, devido ao seu interesse, ou curiosidade pelo assunto. Percebe-se, nas falas, que a questão da curiosidade e interesse está relacionada com os setores onde trabalhavam. Dessa forma, quando deparados com as situações de morte encefálica e processos de doação e transplante, os enfermeiros tiveram seu interesse despertado pelo assunto.

[...] em função de acompanhar alguns procedimentos no bloco. Achei muito interessante. Mas foi mais assim por assistir, acompanhar alguns procedimentos. (E2)

Eu entrei por curiosidade, mas aí eu acabei gostando mesmo. Então, depois acabou por paixão mesmo. Mas, no início, foi por curiosidade. (E5)

Começou no tempo que eu trabalhava na UTI que não tinha CIHDOTT e o pessoal vinha fazer as entrevistas aqui. E eu sempre me interessava, estava sempre preocupada com a manutenção do potencial doador, e aí eles sempre me chamavam para participar das entrevistas, porque eles viam que eu tinha interesse [...] eu fui convidada. (E7)

[...] desde o primeiro ano na residência eu comecei pesquisar sobre, eu gostava bastante daqui apesar de ainda não trabalhar, só na residência. Daí, comecei a buscar a atuação da CIHDOTT. (E11)

[...] por curiosidade. Fui me aproximando do processo, achando muito interessante. Eu queria saber como funcionava e aí [...] e assim eu fui me inserindo, foi buscando informações e depois de um tempo eu entrei. (E12)

Os depoimentos acima, diferentemente dos anteriores, evidenciam que a curiosidade e a busca de conhecimentos por interesse próprio foram bastante

significativos para a inserção de alguns enfermeiros em CIHDOTT. Interesse ou meramente curiosidade podem estar relacionados com o circuito de satisfação, que pertence ao prazer pela satisfação de entendimento gerado pelas explicações sobre determinado dado ou assunto (CUSTÓDIO et al., 2007). Ou seja, o bem estar gerado por entender algo gera uma satisfação intelectual afetiva que, por sua vez, provoca a aceitação de uma explicação, ou origina um sentimento de que foi adquirido o entendimento, despertando assim o interesse pelo assunto.

Outros relatos manifestados pelos entrevistados, relacionam-se ao conhecimento prévio sobre doação e transplante e capacitação para o exercício profissional como membro de comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante. Nesse sentido, a falta de capacitação antes de ingressar na CIHDOTT foi expressa nos depoimentos que se seguem.

Antes de ingressar na CIHDOTT, só por interesse próprio. (E1)

Não. A capacitação na verdade deve ser feita antes, mas eu entrei sem a capacitação. (E5)

Antes de entrar não. Nenhuma. Só depois quando me despertou o interesse e aí eu busquei. (E8)

Depois de ingressar a gente foi lendo [...] fez a certificação aqui no [citou o nome do Hospital]. (E10)

Observa-se que quando ingressam nas CIHDOTT, os enfermeiros não possuíam treinamento ou qualificação para o novo trabalho, e buscaram por interesse próprio, participando de cursos ou acessando a literatura disponível.

Almeida e Peres (2012) comentaram sobre a formação de enfermeiros, enfatizando a necessidade de prover situações de ensino-aprendizagem, que possibilitem a aquisição de conhecimentos, que possam fundamentar as atitudes em sua inserção no mundo do trabalho. Vários estudos sobre enfermeiros frente ao processo de doação de órgãos e tecidos afirmam que políticas educativas devem ser inseridas durante a formação profissional, para contribuir na melhoria contínua que envolve todo o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, e influenciar positivamente as atitudes dos profissionais da saúde em relação ao potencial doador de órgãos (BENER et al., 2008; BENNETT, 2009; LIMA, 2012; MENDES et al., 2012; SWAIN, 2011).

Como visto nos relatos, o ingresso dos enfermeiros em CIHDOTT, é permeado de sentimentos de curiosidades e inquietudes que podem estar relacionados ao receio em se inserir por vontade própria nas comissões. Em alguns casos, os enfermeiros são

designados pelas instituições para assumirem tais cargos, sem opção de escolha, por falta de enfermeiros que desejam ingressar nessa comissão espontaneamente.

4.1.1 Conhecimento do enfermeiro sobre o processo de doação e transplante de órgãos

A enfermagem é uma arte e uma ciência. Meleis (2007) corrobora apontando que a enfermagem é uma ciência humana, que labuta com a experiência dos seres humanos e questões relativas à saúde-doença. Embora o conhecimento seja básico e aplicado para alcançar seus objetivos, ele é uma disciplina orientada para a prática. Os enfermeiros buscam o conhecimento através de respostas sobre as situações humanas de saúde e doença. Para desenvolver o conhecimento, os profissionais buscam entender as necessidades de cuidados de pessoas e aprender a cuidar melhor delas.

A morte encefálica e a doação de órgãos de pacientes falecidos são conhecimentos relativamente novos para o meio científico. Os profissionais das ciências da saúde vivenciam tais significados, avanços tecnológicos, farmacológicos e procedimentos há apenas cinco décadas. Morato (2009) enfatiza que, com a instituição da ventilação mecânica, nos anos 50, associada ao suporte básico e avançado de vida, houve a possibilidade de expansão dos cuidados para pacientes graves. Diante disso, surgiu uma condição clínica inédita: pacientes que tinham seu cérebro irremediavelmente comprometido, podiam manter preservadas as suas principais funções hemodinâmicas e ventilatórias, devido a intervenção da tecnologia médica.

Tais circunstâncias, aliadas ao advento do primeiro transplante cardíaco na África do Sul, em 1967, serviram para apoiar o Consenso de Harvard em 1968, que determinou os critérios para a Morte Encefálica. Destaca-se, ainda, que as atuais diretrizes para o diagnóstico de morte encefálica foram delineadas recentemente, em 1981, durante os estudos éticos em medicina dos EUA (NETO, 2010). Nesse sentido, o conceito recente de morte encefálica, e doação de órgãos ainda é pouco abordado na academia, o que deixa aberta uma lacuna no conhecimento dos profissionais da saúde que, muitas vezes, não é sanada durante sua vida profissional.

Os enfermeiros de CIHDOTT, unanimemente ingressaram na CIHDOTT com pouco ou nenhum conhecimento prévio, o que condiz com as deficiências durante a educação formal desse profissional.

Eu acho já no começo da universidade. É que eles não veem isso, eu vejo isso, porque a gente tem no [citou o nome do hospital] diversos cursos da saúde, fisioterapia, enfermagem, medicina e nutrição. E eles não veem o protocolo, às vezes, protocolo é uma aula da faculdade inteira e passa. (E1)
Acho que existe um grande investimento do governo nessa área, mas acho que falta muito preparo para os profissionais para a coisa funcionar melhor. (E7)

A falta de preparo para assumir um papel como enfermeiro de CIHDOTT é apontada nos relatos, tendo, como principal causa, a falta de conhecimento acerca da doação de órgãos e tecidos. Investigação de Bener et al. (2008) evidencia que os enfermeiros concordam que não possuíam informações suficientes sobre a doação de órgãos, acreditando e apoiando a necessidade de educar os profissionais da saúde sobre o processo de doação de órgãos e transplante, pois, eles podem determinar de maneira positiva as atitudes frente aos potenciais doadores.

Ao realizar-se questionamentos sobre embasamento teórico ou alguma capacitação antes de entrar na CIHDOTT as respostas dos entrevistados foram objetivas e claras, ratificando a falta de conhecimento. Denota-se, assim, que ainda há fragilidades no processo de formação profissional, no sentido de preparar o enfermeiro para o trabalho em doação e transplante;

Não. Não tive nada. (E7)

Antes de ingressar na CIHDOTT, só por interesse próprio. (E1)

Antes de entrar não. (E12)

Hã, antes? Não, nenhuma vez (E4)

Não. A capacitação na verdade deve ser feita antes, mas eu entrei sem a capacitação. (E5)

Não. Proposta pelo hospital não. (E6)

Ao discutir com a literatura, verifica-se a necessidade de uma reflexão e problematização, por parte dos educadores da área da saúde, quanto à inserção desta temática em seus currículos, a fim de formar profissionais com competência técnica e ética desde a abordagem de um possível doador até a concretização do transplante. Assim, ações de sensibilização e conscientização de toda a sociedade, em especial dos trabalhadores da saúde, devem ser iniciadas o quanto antes (CAPELLARO et al., 2009).

Estudo realizado por Swain (2011) evidencia que, os enfermeiros coordenadores de comissões de doação e transplante nos EUA não tinham qualquer tipo de treinamento formal para desempenhar seu papel de trabalho. O autor destaca, ainda, que educar tais

profissionais pode ser difícil quando não há competência formal, ou padrões estabelecidos para tal atividade.

A formação teórica foi mencionada como algo importante e, apesar da falta de disponibilidade desse conhecimento, o enfermeiro busca informações sobre doação e transplante por meio das mais variadas formas. Nesse sentido, ressalta-se uma qualidade nos enfermeiros com relação, a busca por conhecimento forma e/ou informal para o desenvolvimento de seu papel como enfermeiro de CIHDOTT. Como há falta de educação formal sobre doação e transplante de órgãos, os enfermeiros tornam-se, muitas vezes, autodidatas, na busca por conhecimento.

Tudo eu procurei nos hospitais onde já tinha [...] depois eu comecei a participar de todos os congressos que tinha, de que sabia de transplante eu ia, não perdia um. Sabia que tinha, e eu estava lá. Assim comecei a buscar material. (E3)

Mas devido à aproximação sempre procurei por conta própria porque precisava participar das reuniões com a direção e aí comecei a procurar, pesquisar, ler pra saber o que ia falar. (E4)

Isso foi assim cada um busca o seu conhecimento. Então, assim, o que eu fiz, eu comecei a participar das discussões, aulas que tinham aqui no hospital, grande round que tinha a respeito do assunto, congressos, jornadas enfim, essas atividades que falavam sobre o tema e a própria experiência em campo que é quando tinha o processo de doação. (E6)

O embasamento teórico muito eu busquei no meu trabalho [trabalho de conclusão de curso], então para mim já era bem tranquilo, mas a gente fez um curso pela central de transplantes do estado, para captadores de órgãos, então era um curso de dois dias. (E11)

Muitas vezes o médico tá ali, eu vejo as explicações que ele dá para o residente, e tu acaba sempre aprendendo alguma coisa ou prestando atenção ou, às vezes, ensinando algo que eles não sabem e isso é ter domínio daquilo. (E12)

Os enfermeiros buscam suprir a falta de conhecimento de vários modos: acessando material na literatura, com outros profissionais, em cursos e eventos. Além disso, a vivência da prática no processo de doação possibilita adquirir conhecimentos para enfrentar situações do cotidiano.

Silva et al. (2014) destacam que o enfermeiro é constantemente instigado a buscar conhecimento, que lhe possibilite ofertar cuidados em favor do paciente, talvez, em decorrência de que, em alguns assuntos pertinentes à profissão não é destinada a devida importância no momento de preparação de um enfermeiro. Para Silva et al.

(2014), um dos assuntos que se fará presente no decorrer da vida profissional dos enfermeiros, está relacionado à morte que, poucas vezes, é abordado durante a graduação. Reconhece-se, porém, por parte dos enfermeiros que, investidas do governo e instituições por capacitar e treinar membros de CIHDOTT estão, sendo realizadas, no intuito de melhorar as equipes.

[...] está em ascensão no Brasil, assim, pelo menos aqui no Rio Grande do Sul e como a gente tem participado de muitos cursos, referente a capacitação. Aqui eu vejo que eles estão sempre em busca de transmitir informação para melhorar o índice de capacitação. (E12)

Pessoas da Secretaria Estadual de Transplantes fazem treinamentos internos conosco, palestras e a gente teve oportunidades também de participar de treinamentos externos [...] capacitando para estar na CIHDOTT. (E12)

Estudo evidencia que observou-se um aumento da confiança e desempenho no trabalho de enfermeiros frente ao processo de doação de órgãos e tecidos, ao término de uma capacitação específica, e curiosamente, fala também, que a satisfação no trabalho de todos os envolvidos foi melhorada, sugerindo que os treinamentos tem se mostrado extremamente eficazes (SWAIN, 2011).

Enfermeiros também expressam, nos relatos, ensejos por melhor qualificação, informações e condutas, trocas de experiências que venham a acrescentar qualidade em seu labor, como membros de comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos, o que, por sua vez, poderia facilitar sua atuação.

[...] trocas de experiências é legal, mesmo capacitações a gente tinha que estar sempre apreendendo. Acho que é isso. Atualizações mais seguidas, qualificaria melhor o profissional enfermeiro. Treinamento de entrevista, até mesmo manutenção, toda essa parte. (E2)

Eu acho que de repente a gente deveria ter mais qualificação. (E2)

[...] quando a gente formou a CIHDOTT ele [médico] passava slides, ele fez uma capacitação interna, para nós, onde ele falou muito sobre morte encefálica, como é o processo desde a história, os tipos também de doações, de fígado, de olhos, de pele e com isso a gente teve um embasamento mais teórico. Então foi durante este processo, mas não que tenha vindo profissionais de fora, como médico mesmo. (E10)

Os relatos também mencionaram que os enfermeiros se interessam por mais qualificação, que os prepare para as eventuais circunstâncias que possam acontecer durante o processo de doação e órgãos e tecidos. Mendes et al. (2012) abordam que, embora o enfermeiro que atue em doação e transplante seja mais reconhecido pela experiência prática, não pode ser ignorada a necessidade de pesquisa que possa

aprimorar o cuidado prestado, além de requerer abrangência de conhecimento científico na área de doação e transplante.

Os enfermeiros reconhecem o conhecimento como essencial para sua atuação efetiva no processo de doação de órgãos e transplante, e sabem que o profissional enfermeiro está alocado em todos os setores onde há prestação de serviço de saúde, e isso os coloca numa posição que exige a busca por aquisição do conhecimento.

Eu acho que vínculo e conhecimento é tudo. (E1)

Eu acho que a facilidade, conhecimento sobre o processo de doação em si. (E2)

Eu acho que capacidade técnica de atuar e de intervir quando vê que uma coisa que o paciente não está sendo bem conduzido, esse potencial doador, a gente tem como apontar alguma mudança na terapia que pode manter melhor esse paciente [...] em alguns momentos a gente percebe que eles [equipe assistencial] acabam recorrendo aos enfermeiros que estão lá, participando. (E7).

O enfermeiro da CIHDOTT, por estar dentro desse contexto, ele sabe as leis, como funciona a central de transplante. Ele tem que saber isso, porque senão tu vai ficar dizendo uma coisa que tu não sabe. Tu deve ter segurança no processo que tu está fazendo. Porque vais garantir, para os outros, coisas, e as pessoas não querem que tu diga assim: é pode ser, ou, vou ter que ver. Esse não é o espaço para dúvidas. (E6)

O enfermeiro é a alma do negocio da CIHDOTT porque são eles que acabam embasando o grupo e acabam levando para frente, acho que não haveria CIHDOTT se não tivesse enfermeiro. (E9)

Estudos realizados no Catar e nos Estados Unidos evidenciaram que médicos e enfermeiros obtiveram escore baixo quanto ao conhecimento sobre doação de órgãos. Sugeriram que a falta de conhecimento tem um efeito negativo sobre a atitude das pessoas em relação à doação de órgãos (BENER et al., 2008).

Sabe-se que, tanto o conhecimento teórico advindo de meios formais ou informais, quanto o domínio da prática pela experiência, somente serão utilizadas de forma ideal, se aliadas, pois, de forma isolada, seria difícil para o enfermeiro contemplar o processo de doação de órgãos e transplante na sua plenitude. Contudo, Regehr et al. (2004) relatam que há evidências crescentes que o conhecimento por si só, não influencia a disposição dos profissionais da saúde a se envolver em captação de órgãos e que o conhecimento deverá estar associados à atitudes em relação a doação de órgãos. O conhecimento prático possibilita, ao enfermeiro, desenvolver técnicas, habilidades, criar laços e fazer amarrações entre os elementos que participam do processo de doação e

transplante. Muitos enfermeiros adquiriram tais experiências, devido ao auxílio dos outros enfermeiros de CIHDOTT há mais tempo na comissão.

Quem me treinou foi a enfermeira da OPO, então assim, eu acompanhava os casos. Ela já era da OPO, e na época então os pacientes que vinham dos [citou nomes de hospitais] e um pouco aqui dentro ela me ajudava. (E1)

[...] acabei começando a participar, e ter conhecimento, aprender um pouco as rotinas, para não ficar só uma pessoa sobrecarregada. (E2)

Quando ia fazer um acompanhamento de um processo de doação ela me chamava, me ligava perguntava: Tu queres ir junto tu quer ver como que é? E aí eu comecei a acompanhar ela em algumas coisas. Bom aí eu comecei a dividir o sobreaviso com ela. (E6)

Comecei a participar das reuniões e acompanhar alguns plantões para depois fazer os plantões sozinha. (E11)

Geralmente, nas CIHDOTT investigadas, os enfermeiros aprendem com outros enfermeiros. Os mais experientes ensinam e passam as informações necessárias para iniciarem seu trabalho e solucionam em conjunto problemas que possam enfrentar no seu decorrer.

Swain (2011) relatou que, muitos enfermeiros novos são habilitados através de treinamentos “*on-the-job*”, ou seja, no dia-a-dia do trabalho, chegando, muitas vezes, a designar os funcionários mais experientes para treinar a nova pessoa, e em alguns casos, simplesmente, utilizar-se para o treinamento quem está mais disponível. Uma sugestão seria fornecer cursos que durariam entre 4 a 10 meses. Isto capacitaria o novo enfermeiro a participar das atividades da CIHDOTT com maior conhecimento, melhorando a satisfação do serviço e reduzindo o atrito entre os funcionários. (SWAIN, 2011).

Portanto, faz-se necessário investir em educação e treinamentos prévios, antes de ingressar nas CIHDOTTs, sem que tais treinamentos não afetem a rotina de trabalho da CIHDOTT, e que não haja sobrecarga para seus integrantes.

4.2 O trabalho do enfermeiro em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos: facilidades e dificuldades

Esta categoria aborda questões relativas ao trabalho dos enfermeiros em CIHDOTT, e traz, por meio dos depoimentos, as vantagens e obstáculos encontrados,

por esses profissionais no desempenho de sua função dentro das instituições hospitalares. Assim, o trabalho do enfermeiro nas CIHDOTT é permeado por facilidades e dificuldades. Mas nota-se a partir dos relatos que as dificuldades são citadas em maior número, quando comparadas as facilidades.

Dentre as facilidades, pode-se evidenciar o reconhecimento e a crença dos enfermeiros na finalidade dessa ação. Entre as dificuldades os participantes apontam questões relacionadas a problemas estruturais e relacionais, como também, problemas enfrentados pelo desconhecimento dos profissionais, desconfiança do processo pelos familiares, estigmas e estressores durante a abordagem familiar.

4.2.1 Facilidades relacionadas ao trabalho do enfermeiro em Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos

O conhecimento adquirido pelos enfermeiros, sobre o processo de identificação e diagnóstico de possíveis doadores de órgãos, somado ao domínio das rotinas e fluxograma do hospital e tempo de permanência dentro das instituições hospitalares, proporcionam aptidões extras, que geram reconhecimento dentro e fora das CIHDOTT.

Na nossa CIHDOTT, o enfermeiro tem reconhecimento, a equipe leva em consideração o que a gente coloca. (E11)

Quando alguém te perguntar, e tu poder passar informações, eu gosto muito, muito de todo o processo. (E12)

Eu vejo que a gente tem grande credibilidade. (E4)

A psicóloga, a assistente social participaram do treinamento e elas acabaram reconhecendo o nosso papel, entendendo o quanto ele é importante. A gente é bem valorizado. ...Acho interessante também essa consultoria, eles darem credibilidade para a gente ajudar a orientar a monitorização do potencial doador. (E9)

Outra forma de reconhecimento está relacionada às ações laborais do enfermeiro, dentro das comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos. As manifestações a seguir são exemplos disso.

A gente [membros da CIHDOTT] foi reconhecido pela [citou nome de uma ONG]. Foi num jantar beneficente, ganhamos um prêmio por ter ajudado a central de transplante a zerar a fila das córneas. Então, tu vê esse reconhecimento[...] Quando faço treinamento, o pessoal me manda e-mails dizendo: assisti um treinamento teu ali na Fundação, ou na Prefeitura, ou na

[citou uma instituição] *manda tal material. Acho que isso é importante. Essa semente que a gente vai plantando.* (E1)

Posso te dizer que os médicos procuram sempre um enfermeiro [citou o nome] que sabe muito lá [no hospital]. Então, o que ele disser é aquilo. Se ele disser que não é, não é. (E4)

Sabe se eu chegar, mesmo não sendo da emergência e for lá e me identificar como CIHDOTT e para acompanhar um paciente de morte encefálica. Em outro setor, o qual eu não pertença, o pessoal é sempre bem agradável por conhecer a causa, sabe. (E12)

Então tu realmente sente fazendo a diferença. As vezes tu não consegue salvar realmente vidas na CTI, aqui nosso perfil é paciente muito crítico a maioria acaba morrendo e na CIHDOTT, eu realmente, me senti fazendo a diferença no mundo. (E9)

O reconhecimento pelo trabalho desenvolvido e pelo conhecimento sobre o processo de doação e transplante de órgãos, segundo os participantes, é um aspecto positivo para quem trabalha em CIHDOTT. O profissional enfermeiro, em geral, acaba sendo identificado como um guia para o processo de doação, auxiliando os demais profissionais quando necessário; trazendo à tona sentimentos de valorização, importância e prazer no labor.

O reconhecimento no trabalho é tido, por Bendassolli (2012), como um dos temas mais instigantes da relação sujeito-trabalho, pois traz à tona a discussão sobre a importância dessa relação no processo de construção da identidade pessoal, bem como, a sua importância para com o outro e para o coletivo, formando julgamentos de valor para os sujeitos e aquilo que eles fazem quando trabalham. Garcia et al. (2012) comentam que o reconhecimento e prazer no trabalho estão ligados, e são notados tanto pela equipe, quanto pelos atores que estão de fora, que observam e apreciam esse trabalho.

Apesar dos depoimentos apontarem, por um lado, algum grau de reconhecimento, o antônimo também pôde ser observado, uma vez que, muitos relatos mostraram a desvalorização do enfermeiro em vários quesitos. Essa situação paradoxal está demonstrada nas falas a seguir.

Tem dois lados, de uma forma se apoiam nos enfermeiros, mas, de outro, também não valoriza tanto. Deveria ter uma valorização maior. (E7)

Acho que a gente ainda tem que ter mais reconhecimento, sobre a nossa função, a nossa atribuição dentro da CIHDOTT. A gente tem responsabilidades, mas, não tem o poder de tomar decisões. (E2)

Houve uma discussão de tentar atrair mais enfermeiros para a CIHDOTT, e eles não gostam muito dessa ideia. Eles acham que é se achar muito importante, e pensam: os enfermeiros não vão fazer muita diferença. (E7)

Então, eu acho que é fundamental o enfermeiro nas CIHDOTTs só que hoje já se sabe que ele faz tudo, mas, não é reconhecido. Ele não pode responder pela CIHDOTT, ele não responde sozinho pelo seu trabalho que fez sozinho. (E6)

Segundo Michaelis (2014) reconhecimento é definido como galardão, prêmio, recompensa, retribuição, gratidão por um benefício recebido, entre outros. E, ao analisar as entrevistas, o reconhecimento também pode ser descrito como uma autovalorização, pois faz emergir nos enfermeiros o sentimento de gratidão em algo bom em prol da coletividade, em seu sentido mais amplo.

O que me aproximou também foi a possibilidade de estar pensando que tu está podendo ajudar a outras pessoas. (E10)

O foco mesmo que é tu consegui captar esse doador, estar junto com sua família, no objetivo de salvar as vidas. (E11)

É gratificante para a pessoa fazer o bem. No momento tu não pensa em ganhos. (E3)

Facilidades dependem muito do quanto tu ou as pessoas conhecem a razão de ter aquele setor ou aquele serviço no hospital [CIHDOTT]. Poder ver a grandeza do porque daquilo. (E12)

O cuidado é o cerne da profissão de enfermagem, e talvez por isso, os enfermeiros de CIHDOTT cuidam do paciente cadáver com tanta dedicação. Mas, eles atendem aos doadores falecidos pensando na felicidade de outras tantas pessoas que serão atingidas, direta ou indiretamente, pela doação de órgãos.

Emmons e Mcclough (2003) afirmam que, em vários estudos e experimentos, foi possível observar que sentimentos de gratidão aumentam a resiliência, a saúde física e a qualidade da vida. Concluíram que pessoas gratas não apenas demonstram estados mentais mais entusiásticos, como também, apresentam-se mais generosas, acauteladas e corteses para com os outros.

Outra faceta do reconhecimento está relacionada a prêmios e valores monetários, algo proclamado pelos enfermeiros como importante estímulo para desempenhar as funções. Segundo os relatos, os enfermeiros participam de escalas de sobreaviso, disponibilizando seu tempo para a CIHDOTT mesmo estando no seu domicílio.

A gente não recebe nada. No máximo recebe banco de horas. (E9)

Acham que porque tu é da CIHDOTT, tu é melhor visto, ou ganha algo em troca, muito pelo contrário. (E10)

As entrevistas apontaram, também, que os enfermeiros participam das CIHDOTT por que acreditam na sua finalidade, e relatam sentimentos como: paixão e amor, para expressar as emoções proporcionadas pelo trabalho nas CIHDOTT.

Primeiro, o enfermeiro que está na CIHDOTT, faz muito por amor a camiseta. Então, às vezes, a gente se questiona, em relação se a gente deveria ter uma remuneração, um up! (E10)

Muito por amor, eu acho que essa paixão que a gente tem pelo trabalho, acaba fazendo as coisas funcionar assim. (E9)

Eu acredito que trabalhar dentro da captação e transplante de órgãos é porque eu gosto. (E3)

Assim, essa crença em estar atuando em prol do bem comum, parece justificar a permanência de enfermeiros nas CIHDOTT, mesmo quando não tem uma valorização monetária específica para isso. Lima (2012) relatou que, para que o profissional mantenha suas atividades com qualidade na captação de órgãos, é fundamental que acredite no benefício da doação e saiba lidar com o estresse cotidiano, podendo desempenhar suas atividades sem adoecer.

Apesar de relatarem que recebem banco de horas, quando participam de algum processo, os enfermeiros expressaram que não são recompensados para atuações que são externas ao processo de doação de órgãos e tecidos, como ações educativas, por exemplo.

Talvez se a gente tivesse um apoio maior financeiro, um retorno para fazer mais isso, para melhorar, multiplicar esse conhecimento. (E9)

Porque até hoje a gente recebe em relação só a hora extra quando trabalha e a função específica do enfermeiro da CIHDOTT, talvez seja ter um centralizado porque nesse passa dar treinamentos internos, está tentando, é levar mais conhecimentos ao resto da equipe. (E10)

Mesmo assim, algumas instituições, reconhecem a importância desse setor e dos profissionais ali atuantes, como demonstram os relatos a seguir.

Administração do hospital colabora em relação a isso [...], Aqui as pessoas são remuneradas que é uma grande dificuldade apontada em outros lugares. (E8)

As equipes são todas remuneradas, em sobreaviso e hora extra. Então, tem suporte, todo mundo está devidamente remunerado. Isso é importante. (E8)

Outra questão que foi descrita durante as entrevistas, refere-se à desenvoltura dos enfermeiros frente à desconfiança dos familiares, em relação ao processo de doação e órgãos e tecidos. Os relatos confirmam que o enfermeiro, muitas vezes, durante a entrevista, tem de provar a veracidade do sistema nacional de transplante brasileiro.

Ao conversar com esse filho, tive que explicar. Mas tu tem um documento que diz que tu é dessa CIHDOTT aí? Tenho. Peguei a pasta e mostrei. [...] Porque de repente, tu pode ser, qualquer uma que vem aqui e leva o rim da minha mãe, para vender por 10 mil reais, 15 mil reais. (E1)

Nenhum momento antes da confirmação da morte encefálica, eu vou me identificar como CIHDOTT para essa família. Para que eles não tenham dúvida da idoneidade do processo ou qualquer coisa do tipo. (E12)

Abordar bem a família, passar toda a segurança para a família [...] momento que sempre gera milhares de dúvidas e, na maioria das vezes, é questionamentos. (E4)

[...] se a família questionar sobre atos ilegais no processo de doação, ele tem embasamento e conhecimento para dizer, que isso não acontece. Porque que isso não acontece, porque que esse processo é seguro. (E6)

Pode-se observar, por meio dos dados até então apresentados, que o enfermeiro de CIHDOTT deve adquirir várias qualidades para desenvolver bem seu trabalho. Porém, para que o profissional enfermeiro detenha conhecimento e domínio do seu papel, ele, primeiramente, deve acreditar na doação de órgãos, acreditar no sistema nacional de doação e transplante brasileiro e, principalmente, acreditar na finalidade desse trabalho/processo que sempre envolve sentimentos de dor e perda de um lado, e esperança e felicidade por outro.

4.2.2 Dificuldades relacionadas ao trabalho do enfermeiro em Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos

As dificuldades foram relatadas em maior número quando comparadas com as facilidades relacionadas ao trabalho do enfermeiro na CIHDOTT. As dificuldades perpassam desde os aspectos estruturais, logísticos, e dificuldades de relacionamento com outros profissionais, obstáculos gerados pela falta de informação das equipes assistenciais e das famílias e estigmas carregados pelos enfermeiros de CIHDOTT.

4.2.2.1 Dificuldades relacionadas a aspectos estruturais

A logística foi um dos assuntos que mais repercutiu nas entrevistas como dificuldades apresentadas aos enfermeiros que desempenham ações dentro das CIHDOTT.

É a logística! As são coisas meio trancadas, meio difíceis de andar. Na verdade, cada processo é diferente, às vezes tem uns que as coisas funcionam super bem, mas, na maioria das vezes, tem muitos percalços, muita dificuldade com os profissionais colegas e logística, exame e coisas que tem que ser agilizados e são difíceis de andar [...]. (E7)

Guido et al. (2009) comentaram que vários são os estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos, destacando: o relacionamento interpessoal associado à falta de cooperação, carência de equipamentos necessários à assistência ao paciente, problemas com bloco cirúrgico e sala de recuperação. Estes foram descritos como os maiores estressores para os profissionais de enfermagem que prestam cuidados aos potenciais doadores de órgãos.

Inserida no contexto de logística, a estrutura física foi um dos elementos apontados como empecilho para o pleno desenvolvimento do papel do enfermeiro na CIHDOTT.

As dificuldades eu acho que elas vêm de vários lados, da estrutura por tu não ter um local adequado para entrevistas, tu não ter um cafezinho para oferecer, uma água para oferecer. Então, acho que estas questões de estrutura elas, em algum momento, elas podem influenciar. (E6)

No momento a gente não tem sala, a CIHDOTT do [citou o hospital] não tem uma base formada. Então, a gente não tem um lugar fixo para fazer as reuniões, que isso as vezes dificulta em relação a marcar, em relação a organização de horários [...].No momento, temos uma nova coordenação, o ajuste vai começar praticamente do zero, e uma nova estrutura do CIHDOTT começa a ser construída. (E10)

As dificuldades apontadas pelos participantes quanto à estrutura, convergem para necessidade de uma sala específica para a realização das atividades da CIHDOTT, como: para realizar reuniões, guardar os registros, fazer a abordagem familiar, entre outros.

Lima (2012) destaca que os enfermeiros apontam situações que consideram desumanizantes no processo de doação e captação de órgãos, as quais perpassam desde a falta de estrutura no atendimento pré-hospitalar ao doador, falta de condições de

cuidar do doador ou de agilizar o processo de doação, exposição do doador na mídia, falta de conscientização por parte dos profissionais em manter a condição clínica do indivíduo em morte encefálica, para se tornar um potencial doador, até a falta de padronização do trabalho.

Dessa forma, quando há um local adequado, isto facilita a realização da entrevista. O ambiente deverá ser confortável, calmo, acolhedor com o intuito de evitar ou proteger da agitação que possa advir do setor de internação, e que pode influenciar negativamente a compreensão das informações. Por isso, recomenda-se seja em local distante de onde o doador está internado e, também, para que a família não o observe, durante a entrevista. O ambiente pode dificultar a realização da entrevista. Portanto, um local desorganizado, com ruídos, trânsito de pessoas, ausência de privacidade e inexistência de assentos para acomodar os familiares, como é comum em corredores e em unidades onde os potenciais doadores estão internados, complica a realização da entrevista (SANTOS; MASSAROLLO, 2011).

Uma das dificuldades apontadas, pelos enfermeiros, em relação ao seu papel como enfermeiro de CIHDOTT está relacionada com as garantias de tempo às famílias, ou seja, os enfermeiros se encontram limitados em afirmar para as famílias quando o corpo de ente querido será entregue, pois, cabe à central de transplante providenciar equipes de retirada de órgãos e a locomoção dessas equipes até o destino. Isso gera conflitos nos enfermeiros, porque não podem fornecer data e hora precisas, pois estas informações dependem de outros fatores. Várias vezes, a captação dos órgãos ocorre muitas horas após o fechamento do diagnóstico, e da aceitação da doação pela família.

[...] questão do horário da demora do processo, esse é um fator difícil porque tu não pode garantir, depende de outras pessoas e isso já é um, um motivo da negação. Ah! Mas É tudo isso. Ah! Não mas eu achei que eu ia poder levar hoje ainda, não só amanhã entendeu. (E6)

É um processo moroso, demora muito, pode demorar muitas horas. (E12)

Evito passar limite de tempo, evito passar porque a gente sabe que não depende da gente, depende das equipes, depende do bloco cirúrgico, depende de muita coisa [...] (E11)

As CIHDOTT são apoiadas pelas OPOs e pela Central Estadual de Transplantes. Cada serviço possui atribuições específicas, que, em dado momento, participam do processo de doação de órgãos e tecidos. Portanto, os enfermeiros de CIHDOTT enfrentam, muitas vezes, dificuldades quanto a essas organizações, em especial, da central de transplante.

Uma dificuldade que eu tenho encontrado nos nossos processos ainda é a relação com a central de transplantes, em relação à dinâmica da distribuição de órgãos. (E8)

Outra dificuldade que é após o processo de diagnóstico, é em relação a central de transplantes que é sempre um desafio. Quem está lá? Quem vai orientar teu processo? Quem vai agilizar? É um ponto crucial e, muitas vezes, é um acadêmico de medicina, um residente que faz isso. Acho que é um momento que tu pode agilizar, que tu pode tentar liberar o quanto antes, tu pode tentar fazer varias coisas, mas tem aquele entrave lá de alguém que não conhece o processo, que não tem segurança do processo. (E6)

As dificuldades dos enfermeiros não se extinguem nos discursos acima, ainda foram relatados empecilhos relacionados com outros profissionais, em especial, com os profissionais médicos que são importantes e necessários para a conclusão do processo de doação e transplantes, uma vez que sua participação no diagnóstico e manutenção do doador é imprescindível.

4.2.2.2 Dificuldades relacionadas a aspectos relacionais

Verifica-se uma interdependência entre as profissões de médico e enfermeiro no processo de trabalho junto ao paciente, sendo importante tanto a essencialidade do trabalho do médico como a do enfermeiro, para a determinação do diagnóstico e da terapêutica. (FLORENTINO; FLORENTINO, 2009).

A doação de órgãos somente ocorre se houver um doador vivo ou morto, e um doador morto somente existe por que há um diagnóstico de morte encefálica. A morte encefálica, por sua vez, é um diagnóstico estritamente médico. Portanto, o médico assistente, intensivista e/ou neurologista, deve estar coeso com a causa da doação e transplante, pois a possibilidade de doação pode passar despercebida pelo médico, como ilustrado nos depoimentos que seguem.

O protocolo é o diagnóstico, é inerente da doação ou não, e é o que eu digo. Querendo doar ou não, isso não importa, o importante é a abertura e o fechamento do protocolo para Morte encefálica. (E1)

A dificuldade maior é com a equipe médica, tem alguns que a gente tem dificuldade inicial de conseguir abordar. Explicar para o médico o que a gente está informando são resoluções. Argumentando, que há uma lei, que a

gente não está tirando coisas da nossa cabeça, que a gente tem um embasamento teórico científico para a gente falar o que estamos explicando. (E12)

E com certeza nesse papel eu não conseguiria desenvolver um bom trabalho como enfermeira, e ela, como médica, já consegue melhor. Ela [médica] é melhor vista para tratar desses assuntos com outros médicos. (E8)

As relações de poder tornam-se evidentes nos relatos, ao observar a relação, por vezes, conflituosa entre médicos assistenciais e enfermeiros de CIHDOTT. Foucault (1979), em sua obra *Microfísica do Poder*, enfatiza o poder médico como o um poder produtor de verdade, e que até hoje detém esse espaço preparado para que esta produção de verdade permaneça sempre vinculada ao poder. Também nesse sentido, cabe destacar, de acordo com Bellaguarda et al. (2013), que a autonomia profissional não deve ser confundida com a liberdade para promover a subserviência de outros profissionais.

Observa-se que a relação entre médicos e enfermeiros é conflitante, como apontado pela literatura. O conflito implícito entre eles é uma decorrência natural da estrutura organizacional, que os coloca em posições opostas e da natureza do trabalho que realizam na assistência ao paciente. Ou seja, as relações conflituosas existentes entre médicos e enfermeiros estão diretamente pautadas nos interesses de ambos na organização. Estes interesses são ligados ao trabalho e aos objetivos da categoria profissional. Deste conflito de interesses surgem as dificuldades de relacionamento entre eles (SILVA et al., 2006).

O conhecimento torna mais fácil a convivência até, às vezes, com a equipe médica, mas é um trabalho de formiguinha. Com a equipe médica até que tu é reconhecida, até tu [...] ah... demonstrar o serviço, até eles reconhecerem seu serviço, lembrarem da CIHDOTT. (E12)

Então, o corporativismo médico é o que deixa, assim, uma dificuldade grande para gente ter um sucesso na CIHDOTT e eu acho que aqui, principalmente, também tem a questão política, porque aqui nem sempre quem está no comando é o mais capacitado. (E11)

A gente ainda encontra dificuldades em relação aos médicos assistenciais que se engajam no [citou o hospital], que não tem a mesma rotina que, às vezes, não tem o conhecimento, que existe uma comissão e o que faz essa comissão. (E10)

As relações entre médicos e enfermeiros, como exposto, são permeadas por questões de interesse. Florentino e Florentino (2009) abordaram que a medicina apresenta um capital social e simbólico, reconhecido pela sociedade, intimamente ligado

ao domínio do conhecimento científico sobre o diagnóstico, a terapêutica e a cura. Os autores enfatizaram, ainda, que não obstante todas as mudanças ocorridas ao longo do tempo, a legitimação de seu conhecimento técnico-científico, as relações profissionais entre enfermeiro e médico parecem não ter avançado, pois, na prática, é percebida a mesma discrepância de poder, saber e subordinação.

Talvez, seja esse o motivo pelo qual os enfermeiros enfrentam dificuldades em orientar a equipe médica sobre determinadas condutas no processo de doação, e posicionar-se em relação aos profissionais médicos, no decorrer de sua atuação como enfermeiros de comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante.

Para fazer manutenção do potencial doador dependendo se esse paciente está na emergência ou dependendo de quem tá na UTI nós temos problemas na manutenção. Se o paciente está acidótico e eles não querem corrigir a acidose, paciente está hipernatrêmico e não querem corrigir o sódio, o paciente está com diabetes insípido tu consegue, após muito convencimento, que prescrevam DDAVP, [hormônio antidiurético]. É esse tipo de coisa que a gente ainda tem um tanto de resistência. (E11)

Alguns médicos não sabem e não querem apreender. (E4)

Alguns médicos se mantêm mais inflexíveis. (E12)

Eu acho que, tem algumas coisas que o enfermeiro é responsável, mas que ele só consegue concluir com aval médico. (E2)

No decorrer da história a medicina mantém enraizada, no senso comum, a imagem de possuidora e detentora do conhecimento, o que pode determinar conflitos de interesse com os enfermeiros, uma vez que o funcionamento da CIHDOTT, e as suas rotinas de manutenção de pacientes em morte encefálica estabelecidas, gera dificuldades da equipe médica na aceitação de sugestões de profissionais não médicos.

As dificuldades encontradas pelos enfermeiros em se relacionar com os médicos podem ser explicadas por Foucault (2001), ao dizer que a luta contra o poder é árdua e difícil, e sempre se tem a sensação de derrota nesta luta e, mais, porque os pensamentos levam à ideia de que o poder é inatingível. Tal situação passa a impressão que é a força do poder que torna a luta difícil, mas, certamente, o problema é que as armas que de se dispõe não estão adequadas, pois elas somente servem para fortalecer a falsa ideia do poder.

Vagheti et al. (2011) complementam afirmando que, numa cultura hospitalar onde se fazem presentes linhas hierárquicas rígidas, pode haver comprometimento do

trabalho e seu desenvolvimento, pois tais relações provocam disputas, distanciamentos e conflitos, que, por sua vez, originam comportamentos subversivos no trabalho.

Percebe-se também nas falas que outro problema encontrado pelos enfermeiros de CIHDOTT está relacionado à pró-atividade dos médicos em abrir protocolo de morte encefálica. Observa-se, a partir dos relatos, que a abertura de protocolo para morte encefálica é somente para a doação de órgãos, o que pode parecer no primeiro momento até pertinente. Porém, a morte encefálica é um diagnóstico médico que os familiares têm o direito de saber, independente da possibilidade ou não da doação de órgãos.

O Conselho Federal de Medicina, manifestado pelo processo consulta N° 42/2001, indicou que o diagnóstico de morte encefálica pode e deve ser feito em qualquer paciente que esteja em coma arresposivo, com grau 3 na escala de Glosgow, independentemente de ser possível doador de órgãos (CFM, 2001).

O complicado hoje é assumir a abertura do protocolo. É muito mais fácil, então, eu [equipe da unidade] chamar a coordenação da CIHDOTT. É o que acontece muito aqui no nosso hospital hoje. Nos chamam, para a gente conversar com a família antes da abertura do protocolo. Ah, se a família tiver alguma ideia de doação, então a gente abre. [...] Eu identifiquei [possível doador] na emergência, e aí foi feita uma reunião entre o chefe da UTI, o chefe da Emergência, para ver quem poderia gerenciar, porque o médico assistente não queria abrir protocolo. (E1)

Como enfermeira eu não fui bem sucedida nessas visitas. Porque ela [médica da CIHDOTT] trata com médicos e colegas médicos normalmente se tratam melhor do que quando um enfermeiro vai questionar médico sobre condição de paciente. (E8)

Se a gente via que tinha uma maior resistência, se não tinham ainda tocado no estado ou cogitado a hipótese, a gente ia conversar com o médico se tivesse abertura, ou senão nosso médico ia conversar com o médico, para dizer: Não vão abrir protocolo! (E12)

Não fica claro nos relatos se os profissionais assistenciais não identificam pacientes em morte encefálica por desconhecimento do processo e diagnóstico de ME, por estarem convictos que o paciente não será doador de órgãos, ou pelo simples motivo de enfermeiros tentarem convencê-los da importância da abertura do protocolo.

Equipes assistenciais precisam trabalhar em prol do paciente, e questões relativas a abertura de protocolo para diagnóstico de ME apesar de ser um diagnóstico médico, devem ser compartilhadas com os outros membros da equipe assistencial, pois, cada membro possui conhecimentos que agregam-se para que o protocolo seja realizado

da forma menos conturbada possível. Florentino e Florentino (2009) constataram uma interdependência entre as profissões de médico e de enfermeiro no processo de trabalho, junto ao paciente hospitalizado, sendo essenciais, tanto o trabalho do médico como o do enfermeiro, para a determinação do diagnóstico e da terapêutica. Para os autores, essa interdependência entre enfermagem e medicina vem ocorrendo de modo gradativo e ascendente, a partir do momento em que a enfermagem deixou de ser uma profissão somente técnica e passou a ser uma disciplina do conhecimento científico no campo da saúde.

As questões relacionadas aos aspectos burocráticos, como as rotinas e a valorização dos membros envolvidos nos processos foram expressas como problemas em potencial, para a adesão das equipes médicas no processo de doação e transplante de órgãos para transplante. Depoimentos relacionados à continuidade da assistência também foram mencionados como algo que interfere na abertura do protocolo e manutenção do doador.

Eu acho que a gente tem muito na enfermagem, continuidade dos turnos e eles [médico] parecem muito estanques - eu faço meu tempo e vou embora. (E1)

A gente atua como membro da CIHDOTT, leva isso com profissionalismo e tenta, por muitas vezes, se engajar com a equipe médica, que é a mais difícil. (E10)

É uma rotina, ir na reunião, seguir o protocolo. E, como tudo, o enfermeiro acaba participando de projetos sem retorno ou sem valorização. E o médico não, o médico já quer um estímulo [...] Nós fazemos procedimentos que não são pagos [...] O médico não, o médico tem o seu retorno eu acho que médico cobra mais que o enfermeiro. Então, eu acho errado, eu acho que a gente é muito bonzinho, muito amor à camiseta. (E9)

Algumas dificuldades apresentadas nos discursos estão relacionadas aos médicos e às questões burocráticas e administrativas. Questões que são tidas, pelos participantes, como barreiras que limitam suas ações no decorrer do processo de doação e/ou identificação do doador.

O burocrático também, às vezes, tu precisa, que falem com os médicos sobre determinada rotina, que eles não tão fazendo. Tu não tem aquele apoio, tu tem que te virar, tem que dar tua cara a tapa. (E9)

Dificuldades são várias. A gente ainda acaba esbarrando numa questão burocrática, tem muitas coisas que estão atreladas à função dos enfermeiros, mas, que sem o carimbo de algum outro profissional não acontece. (E2)

Vendemiatti et al. (2010) comentam que, administrativamente, a enfermagem mantém vínculos formais com as instituições hospitalares, portanto, os profissionais ficam sujeitos a relações de autoridade legal. Porém, os profissionais médicos, dada a precariedade do seu vínculo de contratação, têm uma autonomia derivada da ausência de possibilidade de controle.

Assim, pode-se dizer que, ao incluir informações e conhecimento em sua rotina diária a enfermagem tornou-se motivo de conflitos, uma luta de força por legitimidade, fazendo com que as relações de poder, saber e subordinação, se tornassem muito fortes frente à medicina, e, portanto, o campo da saúde passou a operar em um sistema de forças baseado nestas relações. Costa et al. (2008) destacaram que a análise sobre as práticas assistenciais desenvolvidas pelos profissionais da saúde, fundamentados na teoria, permite compreender como determinadas verdades são instituídas e permite apreciar as relações de poder operantes nos serviços e ações de saúde institucionalizadas. Assim, o conhecimento incita os enfermeiros a estranhar o que lhes é apresentado como natural.

Outros depoimentos realizados pelos participantes dizem respeito à deficiência de atenção, por parte dos médicos, à família do potencial doador, além da abordagem precoce e despreparada sobre doação de órgãos, como exemplificado a seguir.

Outra dificuldade é, às vezes, o atendimento que é dado à família pela equipe médica, que pode não ser o melhor atendimento. O médico pode não ser tão disponível. As famílias querem falar com o médico e não conseguem. (E6)

Temos muitos problemas em relação às equipes cirúrgicas, na agilidade para aceitar ou não esses órgãos. A gente fica muito tempo aguardando a marcação de retirada de cirurgia, isso também impacta em qualidade de órgãos, a falta de qualidade dos órgãos e isso tem sido a outra dificuldade. (E8)

Santos e Massarollo (2011) afirmam que o atendimento dado ao paciente e aos familiares também pode dificultar a entrevista. Assim, os familiares que não tiveram confiança e acesso ao médico do paciente, que não foram tratados com educação ou que não tiveram autorização para visitar o familiar internado, podem criticar o tratamento recebido no momento da entrevista.

Uma pesquisa realizada com familiares que recusaram a doação de órgãos identificou situações complexas, relacionadas ao período de internação. As dificuldades de acesso às informações, sua baixa qualidade e a contradição de informações, criou,

nas famílias, um sentimento de abandono e descaso, agravado pelo desconhecimento da assistência que estava sendo efetivamente prestada ao paciente. Concluíram, ainda, que tais aspectos que facilitam e/ou dificultam a entrevista quanto à doação de órgãos e tecidos para transplante, não podem ser totalmente controlados pelo entrevistador, uma vez que alguns estão relacionados ao desejo manifestado em vida pelo potencial doador, aos esclarecimentos dados aos familiares e às ações que envolvem outros profissionais no período de internação (SANTOS; MASSAROLLO, 2011).

Percebe-se, então, que a abordagem adequada da família, pela equipe multiprofissional, é fundamental para o sucesso do processo de doação e transplante de órgãos. Ao trazer a família para junto da equipe, envolvendo-a de certo modo nas decisões, informando, orientando e conduzindo a família, pode-se facilitar a compreensão da morte encefálica e suas repercussões.

4.2.2.3 Dificuldades relacionadas à falta de informação e de comprometimento das equipes assistenciais

O comprometimento profissional foi representado nas falas como algo primordial para que o enfermeiro aja com responsabilidade e entendimento das suas ações. Para Mendes et al. (2012) a atuação do enfermeiro tem, como objetivo principal, assegurar a qualidade da assistência às pessoas com profissionalismo, durante todas as fases do processo. Sob esta ótica, o comprometimento e a responsabilidade foram lembrados, especialmente em relação à disponibilidade de tempo, uma vez que o enfermeiro que estiver em escala de sobreaviso, poderá ser acionado, exigindo deste abster-se de seus afazeres tanto profissionais, durante seu expediente de trabalho, quanto pessoais, em detrimento do processo de doação e transplante de órgãos.

A falta de comprometimento também é vista, pelos enfermeiros, como algo que ainda está carente na profissão e novamente o tempo foi relatado como a representação simbólica do comprometimento.

Então, acho que falta comprometimento [...] E eu acho que comprometimento começa na academia e há falta disso. Ahhh! vamos passar isso, não é importante, se tu for trabalhar com neurologia talvez seja importante [...] Ahhh! Se tu for trabalhar no Hospital de transplante [...] (E1)

Tem que ter tempo disponível, se tu não tem tempo disponível para fazer isso não tem como atuar. Porque tu não sabe a hora que vai ser chamado, e o tempo que tu vai permanecer dentro do hospital para atender. (E3)

Extremamente importante, essencial, pelo que tenho visto dos enfermeiros, acabam sendo o profissional mais disponível para todo o encaminhamento do processo, e acompanhamento do possível e potencial doador até a entrevista do familiar. (E4)

Então, a impressão que eu tenho é que ainda bem que tem o enfermeiro que gosta, e que quer fazer isso. (E6)

O que acontece que tanto nesse momento nem eu nem a [citou o nome de outra enfermeira da CIHDOTT], a gente consegue ter até uma disponibilidade de tempo para conseguir assumir, porque se tu pega uma comissão como a CIHDOTT, para levar, ir levando [...] então tu nem pega, então é isso que acontece para nós assim [...] eu tenho várias outras coisas e eu não consigo realmente assumir. [...] O enfermeiro poderia se responsabilizar mais com essa qualidade durante todo o processo. (E11)

O comprometimento foi visto por Bastos e Lira (2014) como algo influenciável pelos fatores ou ações organizacionais, ou seja, está diretamente relacionado com os investimentos que a instituição faz para manter ou aumentar o comprometimento do seu trabalhador.

A desinformação dos profissionais de saúde foi relatada, como empecilho para o desenvolvimento pleno do enfermeiro membro da CIHDOTT. E, segundo os dados coletados, a falta de conhecimento sobre o processo de identificação e diagnóstico da morte encefálica é o principal problema enfrentado.

Vejo assim desse jeito... Se tu perguntar, por exemplo, pela CIHDOTT, poucos vão te responder. Bom, se tu perguntar para dizer as letras [referindo-se a sigla CIHDOTT] aí é pior ainda. (E6)

A grande maioria dos hospitais especializados a abertura do protocolo acontece porque a família pede, ou nós [CIHDOTT] estamos desconfiados [...] Aí eu falei com o médico, daí eu fui e abri o protocolo porque a família pediu, senão [...]. (E1)

Outra dificuldade é que nem todos os enfermeiros são capacitados para o manejo do paciente em protocolo para ME [...]. Então, assim, se todos forem capacitados o fluxo seria mais fácil. (E5)

Vem melhorando bastante, mas ainda tem muita falta de informação para os colegas. (E4)

Minhas dificuldades no processo são relacionadas, normalmente, aos profissionais, não aos familiares. (E8)

Os profissionais em geral não estão preparados. As pessoas da área da saúde não têm esclarecimento sobre doação de órgãos. E isso é uma coisa que tranca o processo todo. (E7)

Os participantes do estudo relataram que, em muitos casos, há descaso por parte da equipe assistencial, gerando problemas no diagnóstico e na manutenção do doador.

Principalmente de profissionais colegas que não querem colaborar, que não querem dar andamento ao processo. Então, a gente tem dificuldade, porque as pessoas, em última instância, eles vão se preocupar em com esse processo de doação [...] Muitos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, em geral, não são bem esclarecidas e, a partir disso, não colaboram com o trabalho. (E7)

As dificuldades estão relacionadas ao conhecimento a falta de conhecimento dos próprios profissionais em relação ao diagnóstico de morte encefálica. Então, muitas vezes, não se detecta um potencial doador por falha neste processo. (E8)

Um estudo realizado em uma UTI evidenciou que as taxas de obtenção de órgãos e tecidos no Brasil, não são melhores devido à precária manutenção do potencial doador, e ao despreparo da equipe assistencial em abordar a família. Tais fatos estão associados aos níveis baixos de conhecimento acerca do processo de doação (LEMES; BASTOS, 2006).

A falta de conhecimento, por parte dos profissionais exige, muitas vezes, que os membros da CIHDOTT, em especial os enfermeiros, participem da identificação, diagnóstico e manutenção dos pacientes como atores principais. E, ao dispensar seu tempo para tais procedimentos, limita-os a atender outros processos de doação de órgãos e tecidos, como exprimem os relatos abaixo.

Muitas vezes, a gente se depara com colegas que acham que a manutenção do paciente é da equipe da CIHDOTT. Isso não é verdade, tem que ser um conjunto [...] Não deveria se deter só nós enfermeiros do CIHDOTT, um potencial doador tem que ser visto com outros olhos por toda a equipe e por todos os enfermeiros que são junto, não somente dirigir que esse paciente é do CIHDOTT. (E10)

Eu vejo hoje [...] pouco reconhecido, pouco divulgado [...] um trabalho pouco visível por parte dos enfermeiros em geral. (E6)

Quando isso acontece, o enfermeiro do CIHDOTT vem para dar um apoio, para ajudar tirar dúvidas, mas ele não tem que ficar na manutenção. Porque às vezes, tu acaba agregando afazeres e tu não consegue fazer a triagem de outros pacientes ou dar a assistência para outros pacientes que tão iniciando

o protocolo, porque tu tem que ficar no suporte desse paciente, eu acho que falta aí um engajamento com toda a equipe. (E10)

Confirma-se, através dos relatos, que a desinformação por parte dos profissionais que trabalham nas unidades hospitalares, afetam, de modo significativo, a conduta e o trabalho do enfermeiro de CIHDOTT, que, muitas vezes, auxilia nos procedimentos de identificação, diagnóstico e manutenção, dispensando um tempo que, de certo modo, seria incumbência da unidade que assiste o paciente.

A Portaria N. 2600, de 2009, definiu, entre outras coisas, que as CIHDOTT devem articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente com as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação; articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos; e, viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema (BRASIL, 2009).

Em nenhum momento a referida Portaria menciona que os integrantes da CIHDOTT devem permanecer junto ao paciente em morte encefálica para fins de manutenção, diagnóstico e identificação. Sua função é gerenciar e otimizar as equipes em prol da possível doação de órgãos.

Portanto, a participação das equipes assistenciais, sob a ótica dos entrevistados, é essencial para a manutenção dos doadores. Cabe salientar que a presença do profissional da CIHDOTT é sempre disponibilizada, segundo os participantes, para desempenhos da função de gerência e auxílio aos métodos de diagnósticos, manutenção e abordagem familiar.

4.2.2.4 Desinformação das famílias sobre o processo de doação de órgãos

A desinformação das famílias sobre o processo de doação de órgãos também foi apontada, pelos participantes do estudo, como uma dificuldade. A falta de conhecimento e informação, por parte da sociedade, é relatada por Brito e Prieb (2012) muitas vezes, associada a falta de compreensão, por parte da família, sobre o diagnóstico de morte encefálica, resultando em desconhecimento sobre o desejo do familiar quanto à doação

de órgãos, pois, esse assunto é pouco abordado pelas famílias. Assim a desinformação representa um dos motivos da negação familiar. Essa falta de informação é pertinente, tanto sobre a doação de órgãos e métodos de diagnóstico, como sobre o desconhecimento da vontade do paciente em morte encefálica ser um doador de órgãos.

As pessoas [...] têm pouco conhecimento, a questão da divulgação também não é tão adequada. (E11)

Um problema é o desconhecimento da população em geral sobre o protocolo de morte encefálica e sobre doação de órgãos e transplante. (E8)

Há falta de informação para a família, acho que é o grande problema. Ahhh! O que está acontecendo? O que tu está testando? Que tipo de exame tu está fazendo? (E1)

Mais campanhas. Ainda deixa muito a desejar. Por falta de esclarecimento principalmente dos doadores, das famílias. (E2)

No Brasil, é pouco abordado, ainda existe muita negação por parte da família, por não saber a vontade do paciente. A mídia não aborda muito isso, então, conseqüentemente acaba não tendo tanto transplante por causa disso. (E5)

Sinceramente muito pouco divulgado. Se fosse mais divulgado as redes sociais, acredito que mais pessoas se conscientizariam. (E3)

Se os familiares dizem: não, a gente entendeu e queremos doar. Esse é o mais fácil. Agora aquele que não sabe, nunca falou, nunca viu nada a respeito, esse é o mais difícil. (E6)

Outra dificuldade é a falta de conhecimento da população em relação a própria doação, isso também dificulta a tomada de decisão para consentir a doação de órgãos [...] e esse desconhecimento peca em todos os setores, tanto na mídia em geral para a população leiga quanto na formação dos profissionais da área da saúde. (E8)

Falta de aprimoramento e de conscientização da população. (E12)

Um estudo realizado com pacientes, que visava identificar a intenção de doação de órgãos, baseando-se no seu conhecimento sobre doação, verificou que a maioria da população estudada não compreendia o significado da morte encefálica e apresentava um baixo grau de confiança no diagnóstico de morte encefálica, sendo que esse perfil influencia negativamente o desejo de doar órgãos (TEIXEIRA et al., 2012).

Arcanjo et al. (2013) comentaram em seu estudo, que cabe a todos trabalhar juntos com amigos e familiares para poder discutir a doação de órgãos e tecidos para transplante, reafirmando desejos, medos, e dúvidas sobre o processo de doação.

Como se observa nos relatos anteriores, a desinformação da sociedade brasileira quanto à doação de órgãos é um grave problema, mostrando que os familiares não

sabem ou não conseguem decidir sobre algo que eles não conhecem. Isto tem sido demonstrado como uma dificuldade enfrentada pelos enfermeiros de CIHDOTT.

4.2.2.5 Estigmas

Durante as entrevistas, os participantes relataram serem apelidados, pejorativamente, sendo alguns apelidos considerados até maliciosos e desagradáveis. Revelaram que, de certo modo, isso interfere no aspecto psicológico e moral dos enfermeiros de CIHDOTT, e conseqüentemente, em seu papel como membro dessa Comissão.

[...] as vezes eu chego na emergência, ou em algumas UTIs: Ah! O urubu chegou, não, eu não consigo pensar nisso, eu penso no pós, sabe, a mãe de família que vai receber um rim, o pai de família que vai receber um fígado. (E1)

Eu não sou um urubu que está atrás de um órgão. (E11)

Se tu te minar com o que tu escuta, que tu é um urubu, que reza para as pessoas morrerem, tu deixa te abalar e tu deixa de fazer um bom trabalho. Então, assim, penso no depois, [...] então eu não me abalo com os comentários, há caçadores de órgãos, ou a urubu, não me deixo abalar. (E1)

Tem alguns que ficam com algum receio assim. Quem essa aí, veio pegar meu paciente [...] sei lá, as fantasias que eles inventam. (E12)

Senão, a gente tentava ser mais sutil para não parar assim [...] ah! Aqueles tão procurando, não sei [...] Ah! Sanguessugas ou outras denominações que eles já criaram aqui. (E12)

Os enfermeiros são, muitas vezes, estigmatizados, devido ao seu trabalho e estas denominações repercutem de várias maneiras em todo o processo de doação de órgãos. Tais condutas exigem que os enfermeiros busquem se proteger de possíveis significados indevidos, refletindo e condicionado seu agir em prol das vidas que poderá salvar, e não como alguém que está a procura de moribundos.

Ao falar em estigmas, não se poderia deixar de mencionar Goffman (2004), em sua obra *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Nesta obra, o autor mencionou que, quando o estranho está à nossa frente, podem emergir sinais de que ele possui atributo que o torna diferente dos demais que se encontram numa categoria. Se ele não pertence à categoria, é, portanto, passível de ser excluído, sendo, até, taxado de uma espécie menos desejável, ou em casos mais extremos, uma pessoa

completamente má, perigosa ou fraca. Para o autor, deixa-se de considerá-lo como uma criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída (GOFFMAN, 2004).

Os enfermeiros relataram que, muitas vezes, sentem-se mal recebidos nas unidades quando fazem a busca ativa por potenciais doadores. Fato que foi descrito, também, como obstáculo para a realização do seu papel como enfermeiro de CIHDOTT.

Eu faço muitos treinamentos nas UTIs que a gente tem. Claro, nas que eu consigo entrar. Às vezes tem umas que não dá. (E1)

Eu tenho dificuldade em certos lugares. Quando eu consigo entrar, eu sou mal visto. Ahhh! Porque eu estou invadindo a UTI, para olhar os pacientes. Tipo, tu está aqui para conferir o meu trabalho. Médicos assistentes também ficam [...] Ahh! O que ela está fazendo aqui [...] É a visão que as pessoas tem de ti. Que tu está invadindo, está lá para cuidar do serviço. (E1)

O bom é tu poder chegar em qualquer outro setor e ser acolhido. E não ser um estranho ali e mexendo com pacientes dos outros. (E12)

Tais circunstâncias constrangedoras enfrentadas pelos os enfermeiros de CIHDOTT, podem afetá-los de tal modo que geram conflitos e constrangimentos, podendo confundi-los no desempenho do seu fazer enquanto membro de CIHDOTT.

Eu nem saberia descrever todas as formas, como o enfermeiro pode interagir dentro da captação de órgãos, em si. Às vezes, até eu me sinto um pouco culpada, parece que eu gosto tanto da captação que parece que a gente não dá importância para o paciente vivo. (E12)

Tal discurso vem ao encontro do pensamento de Goffman (2004), ao concluir que o indivíduo estigmatizado tende a ter as mesmas crenças sobre identidade que a grande maioria possui. E, sentimentos mais profundos sobre o que ele é podem ser confundidos, em proporcionar uma sensação de ser uma "pessoa normal".

Talvez, esses nomes pejorativos, possam advir do despreparo dos profissionais em lidar com a morte, ou em não aceita-la. Profissionais que ainda não sabem lidar com a morte como uma fase natural que todos os seres vivos passarão. Assim, ao diagnosticar a morte encefálica em um paciente, os integrantes da equipe assistencial podem projetar sentimentos equivocados de falha no cuidado ou tratamento, naquele profissional que auxilia no processo de captação e doação de órgãos. Tais sentimentos pejorativos, podem, em dado momento, constituir-se em conflitos psicológicos nos membros de CIHDOTT, quanto a moralidade de seus atos, gerando conflitos éticos quanto suas ações dentro da comissão.

4.2.2.6 Dificuldades relacionadas à abordagem da família

No decorrer do seu trabalho, o enfermeiro de CIHDOTT deverá, em dado momento, realizar a abordagem da família para oferecer-lhe, através de uma entrevista, a possibilidade do paciente em morte encefálica ser um doador de órgãos. Tal atribuição gera desconforto nos enfermeiros de CIHDOTT, pois, neste momento, poderá, através de seus gestos, palavras e ações, transparecer confiança e segurança aos familiares, de todo o processo e garantir a eles o desfecho ético e legal, ou, permitirá que a família encontre fragilidades em suas falas, o que pode conduzir os familiares a negação da doação. Isso faz com que a abordagem do familiar seja um momento muito delicado, muitas vezes, gerando dificuldades no desempenho do enfermeiro.

Quando tu tem um objetivo, tu consegue criar argumentos, sente-se melhor a respeito e transparece algo melhor para família. Tu tem que transparecer em algo que tu acredita. Se eu chego triste ou que não gosto da causa, eu vou deixar nitidamente claro aquilo, e com certeza, não terei sucesso na entrevista. (E12)

Então, é nesse momento que a gente chega no familiar, a gente procura conversar, falar sobre a situação a possibilidade da doação, a situação única em que o familiar deles se encontra e que essa possibilidade que faz com que aconteça o transplante. (E6)

Pessalacia et al (2011) comentam que, para que haja consentimento é necessário que não restem dúvidas ou questionamentos, por parte dos familiares, em relação ao diagnóstico de morte encefálica. Assim, os autores ressaltaram que o entrevistador precisa ter habilidade de comunicar-se, por meio de uma linguagem acessível, de forma a explicar um assunto complexo e técnico com palavras simples e de fácil entendimento.

Portanto, a entrevista desperta nos membros de CIHDOTT, um estresse, pois, carrega consigo a responsabilidade da aceitação da doação por parte dos familiares. Nas falas dos participantes foi possível identificar o quão é estressante tal situação.

[...] me senti bem nervosa, senti uma responsabilidade enorme nas costas, mas eu me senti a vontade porque aquela situação foi bem fácil assim, não foi aquela família mais complicada, eles tinham pensado em doar. Eu me senti responsável e deu tudo certo. (E9)

Tivemos algumas que foram estressantes, que demandaram mais tempo e algumas que infelizmente não deram certo. (E10)

Sempre eu acho tenso. Eu tento sempre pensar na causa final, na grandeza do objetivo final. [...] nunca algo agradável, porque tu sempre, ou pelo menos aqui a gente entrava logo após confirmar para a família que teu familiar está em morte encefálica. (E12)

Então, eu não me sinto confortável nenhuma das vezes para dizer que é tranquilo. Não! Nunca é. Nunca sabe o que aquela família sabe a respeito. Se ela entendeu, se já teve ou não alguma experiência anterior, o que ela sabe do assunto. Eu acho que é tudo assim, é tudo tem que ir devagarinho, tem que falar um pouco e ouvir um pouco. (E6)

Os enfermeiros entrevistados expressaram sentimentos diversos quando confrontados com a abordagem familiar. Relataram sentirem-se tensos, nervosos e desconfortáveis. A entrevista familiar é realizada logo após a notícia do óbito, dada pelo médico aos familiares. Nesse momento, reações diversas podem surgir dos familiares, como raiva, dor e culpa. Neste sentido, os enfermeiros devem ter habilidade para conduzir a abordagem de modo seguro e que não cause desacordos na família. Além dos mais variados sentimentos, há questões relacionadas à instrução dos familiares, que exigem do enfermeiro de CIHDOTT, adequar a linguagem de acordo com o tipo de familiares que estão presentes, valendo-se de transmitir o entendimento da morte encefálica, para que possam decidir pela doação ou não de forma consciente.

Gumbley e Pearson (2006) referem que a literatura tem mostrado que os enfermeiros têm muitos medos em discutir a doação de órgãos com os familiares. Relataram que o medo de ofender os parentes, medo de atrasar enterros, e até mesmo, medo pela desfiguração dos pacientes, além dos equívocos religiosos. Os autores destacam que o maior medo é o de causar maior dor aos familiares do paciente em morte encefálica.

Ao realizar a entrevista para identificar a vontade ou não, em vida do paciente em morte encefálica para doação de órgãos, e a disposição da família em doar, o enfermeiro de CIHDOTT pode sentir-se confuso com relação a questionar a família sobre tal fato. Ao lidar com o luto da família pode não saber como falar, como iniciar um diálogo com os familiares tornando-o confuso.

Tu tem que ter, uma certeza das palavras, com as quais você vai abordar esse familiar. (E2)

Para mim é uma coisa difícil, não é uma coisa fácil, eu sempre venho me preparando para isso, eu não venho, assim, na hora eu vejo o que fazer, eu sempre venho pensando como que eu vou fazer, como que eu vou falar. Eu procuro me preparar para este momento. (E6)

Um estudo evidenciou que, mesmo durante a trágica circunstância da morte, a doação de órgãos foi reportada como algo que traz conforto e paz aos familiares e que muitos familiares entendem o quão é difícil para os enfermeiros realizar uma pergunta tão sensível. Aponta que, a maioria dos familiares é grata a eles, porque não teria pensado em levantar o assunto naquele momento (GLUMBAY; PEARSON, 2006).

A falta de treinamento para realizar as entrevistas foi tida com um fator que transforma a entrevista em um momento tenso. O treinamento foi descrito, por alguns participantes, como embasamento para o enfrentamento das mais variadas circunstâncias.

A gente precisa de uma qualificação. Ahhh! De informação para a gente realizar bem essa entrevista [...] Então, eu acho que é uma pessoa que tem que ser treinada. (E2)

Não tive ainda a oportunidade de passar por situações difíceis e que demandassem ter muito manejo com a família, apesar da gente estar preparado sempre, a gente tem atividade de simulação de entrevista. (E12)

Um estudo revelou a importância de programas de capacitação que tenham como foco o relacionamento terapêutico e a abordagem comportamental, com os quais, os profissionais possam adquirir habilidades que os tornem capazes de extinguir quaisquer dúvidas que os familiares possam ter, referentes ao processo de morte encefálica, seu diagnóstico e as tecnologias envolvidas (PESSALACIA et al., 2011).

Porém, em outros depoimentos os participantes revelaram que o enfermeiro, apesar de saber das dificuldades da realização da entrevista familiar, reconhece que só a capacitação não provê a eficácia da abordagem para doação de órgãos.

Mas eu não acho que seja uma coisa fácil e não tem nada que te capacite para isso. Se acontecer isso, tu faz aquilo. Não tem fluxograma de entrevista, tem orientações do que tu deve, e não deve fazer, mas não tem, assim, o certo. Vai por esse caminho, senão isso, se sim faz assim, isso não tem. (E6)
Demorei para fazer uma entrevista sozinho, eu e os familiares, realmente demorei. Não foram com duas, três ou quatro entrevistas foram bem mais. (E4)

Para os entrevistados, iniciar a abordagem familiar é particularmente difícil e estressante. Assim, durante a entrevista os enfermeiros reagem e criam ferramentas, tanto para tentar fazer a família compreender o diagnóstico de morte encefálica, como para abrir espaço para a possibilidade da doação de órgãos.

Eu sempre começo a conversa assim. O que o médico lhe disse? O que vocês entenderam? Então, mostro os exames de imagem a grande maioria aqui

dentro faz cintilografia, então é um exame bom para se mostrar para a família para que eles entendam o que está acontecendo. (E1)

Sempre procuro perguntar, se eles entenderam o que está acontecendo, porque muitas vezes eles não estão entendendo nada. O medico veio e falou e aquilo [...] foi um choque e daqui a pouco, tu já chega, com a tua pergunta se pode ou não pode tirar os órgãos. Então, sempre procuro perguntar antes se entenderam o que o medico falou? Se entenderam o que está acontecendo? E aí alguns dizem assim: a gente entendeu mais ou menos. Bom, aí eu explico novamente. (E6)

Nota-se que, ao realizar a entrevista, há necessidade de habilidade do entrevistador em certificar-se que a família entende o significado da morte encefálica, para somente assim prosseguir com o pedido de doação. Esse talvez seja o momento mais conturbado para o membro da CIHDOTT, pois deverá lidar com os mais variados sentimentos da família ao mesmo tempo e terá que administra-lo de forma equilibrada, para assim, criar um ambiente propício para a solicitação da doação de órgãos.

4.3 A família como parte do papel do enfermeiro em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos

Esta categoria aborda as relações entre o enfermeiro membro de CIHDOTT e as famílias de pacientes em morte encefálica. Traz três subcategorias que apontam questões que envolvem desde o sentimento de empatia trazido pelos participantes, perpassando pelo acolhimento inicial, que se concretiza com a criação de vínculos ou laços entre o enfermeiro de CIHDOTT e os familiares.

4.3.1 Acolhimento

Talvez a melhor maneira de demonstrar solidariedade e transparência para a família enlutada ou em processo de diagnóstico de morte encefálica é acolhendo, confortando, sanando suas dúvidas. E, assim, poderá sobrevir de maneira natural a vontade da doação por parte da família, na medida em que esta compreenda o processo de diagnóstico de morte encefálica em todas, ou em grande parte de suas dimensões.

Os enfermeiros são os profissionais da saúde mais próximos dos pacientes. Isso se deve à permanência desse profissional 24 horas por dia ao lado dos clientes. Conseqüentemente, o enfermeiro é quem faz o primeiro acolhimento para os familiares e estes o têm como alguém próximo, de confiança para determinados esclarecimentos.

A enfermagem em si acaba passando um afeto maior, tanto pra família como em todo, eu vejo os médicos mais distantes, são mais didáticos, falam coisas mais [...] Ahhh! Mais diretamente. Eu acho que o enfermeiro tem um jeito do cuidado que acrescenta mais carinho nas coisas. Às vezes a família até tende a te questionar, coisas que não questionariam ao médico, porque tu tem uma abertura maior. (E12)

É uma tarefa bastante difícil, só que o processo já deve iniciar, assim que o paciente interna na UTI. A forma de a gente tratar os familiares, de acolher a família [...] Parte-se do principio que não é só uma coisa técnica atuando junto ao paciente. Então, a gente tem uma visão dos familiares. (E7)

Quando é comunicado da abertura do protocolo de morte encefálica, dependendo de como está à questão da família, o enfermeiro já tem a característica do acolhimento. (E11)

Então, a referência para os familiares é o enfermeiro. (E2)

É o enfermeiro que está ali vinte e quatro horas, e acaba surgindo dúvidas, acaba surgindo não só duvidas, mas desespero, sentimentos apresentados pela família que acabam desabafando com a gente [...] (E9)

A gente vê como está a situação da família, o que está acontecendo, se essa família foi informada que o protocolo foi aberto. Então, a gente se preocupa muito com isso. Porque se essa família não estiver envolvida no processo, dificilmente ela vai aceitar a doação quando o protocolo terminar. (E11)

Quando os familiares não têm uma referência dentro da unidade de internação, capaz de tirar possíveis dúvidas sobre diagnósticos, procedimentos e manutenção, acabam recorrendo aos amigos, familiares e conhecidos, que poderão conduzir esta família a uma decisão equivocada. Isso foi relatado com sendo algo de difícil reversão durante a entrevista familiar. Silva et al (2014) ressaltam que o acolhimento, traduz-se como humanização no cuidado ao doador e a família e, certamente, propicia um clima de segurança e conforto, contribuindo para minimizar as intercorrências ou eventos adversos que podem advir com o procedimento de doação.

As famílias têm dúvidas para serem tiradas e aí vão e conversam com o resto da família e já voltam com uma opinião formada. Então, essa acolhida com a família, acho que é tudo. É um momento que tu escuta a família na entrevista e tu vai até o fim. (E1)

Difícil, bem complicado, principalmente se é uma família grande que, às vezes, começa a ter desacordos, esta se torna uma situação difícil. (E6)

Eu acho que melhora sim o enfermeiro estar junto na hora de dar a notícia. Aqui, o enfermeiro não fica junto, o médico conversa com a família e a família entra em consenso. E quando a enfermagem chega e vai fazer a abordagem, eles já possuem a resposta. (E5)

Para evitar que as famílias busquem informações vagas sobre o processo de morte encefálica e doação de órgãos, os enfermeiros traçam estratégias de acolhimento, para que os familiares busquem informações precisas na própria instituição de saúde. Freire et al (2014) citam que é fundamental o reconhecimento das experiências vividas pelos familiares, expondo a importância da consideração do sofrimento e acolhimento que deve ser realizado pela equipe, em especial, pelo enfermeiro. Isso possibilita identificar e solucionar possíveis dúvidas relativas ao processo de doação.

Então, se tu iniciar desde a parte da internação, recebendo bem o familiar, acolhendo, dando oportunidade para as pessoas fazerem as visitas diferenciadas e explicando as coisas que acontecem. Provavelmente, quando chegar na hora de fazer uma entrevista isso vai fazer bastante, mesmo que não seja a mesma pessoa, mas, existiu um enfermeiro que foi atendendo bem e acolhendo bem a pessoa, e ela vai se sentindo com confiança e acreditando no trabalho daquela equipe. (E7)

Tu consegue te aproximar mais da família com mais carinho, e o nosso cuidado é diferente da parte médica. Por isso, eu acho que a gente tem uma abordagem diferente, e acho bem importante. (E12)

A gente possibilita a visita ao falecido dentro das UTI's, eles ficam com nossos telefones, nós com os deles, se precisa a gente se comunica nesse período em que eles estão ausentes do hospital. (E8)

Eu falo bastante para minha equipe: esse é um paciente, e essa família tem que poder entrar, ela tem que receber informação, ela tem que ter um acolhimento adequado, porque senão ela não vai. (E11)

O enfermeiro tem bastante importância, pois quando chega na hora de entrevistar facilita, e o enfermeiro já tem bastante facilidade de fazer isso. (E7)

Se essa família for bem acolhida, provavelmente ela vai ter uma resposta positiva, se isso já for vontade deles. Para mim, tu não convence ninguém, nenhuma família aceitar doação de órgãos, a família já tem isso, eles podem não ter bem claro se querem, mas se não querem eles têm bem claro. (E11)

Sempre a gente procura acolher a família inteira. Então, se tem cinco a gente vai conversar com cinco, se tem dez a gente vai conversar com dez. (E6)

Independente da decisão dos familiares, o enfermeiro de CIHDOTT permanece junto à família para eventuais problemas ou dúvidas que possam surgir. Os enfermeiros de CIHDOTT responderam que as famílias entrevistadas, são acolhidas independente de sua decisão e, mesmo na negação da doação de órgãos, estes permanecem junto aos familiares para quaisquer encaminhamentos ou ajuda que possam requerer.

[...] mesmo quando não há doação de órgãos mesmo assim a gente dá todo apoio necessário e como se eles doassem os órgãos desse familiar que não foi possível, mas a gente dá assistência igual para todo mundo. (E8)

Não importa aceitar ou não a doação. É uma família que bem ou mal tu assumiu para ti, então, vai com ela até o fim. (E1)

A presença do enfermeiro de CIHDOTT, no momento da notícia do óbito, dada pelo médico aos familiares, foi descrita como um fator que encoraja os enfermeiros a realizar os primeiros contatos com esses familiares.

Tem momentos que o enfermeiro percebe as necessidades da família, quando o médico vai dar a notícia do óbito do paciente que está em morte encefálica. Normalmente, nesses casos a gente pede para que o enfermeiro CIHDOTT esteja junto e é nesse momento que o enfermeiro acaba percebendo que a família não tem condições, condições socioeconômicas, ou que não tenha entendido corretamente o processo. (E4)

Acolher e receber essa família bem, passar informações pertinentes o que é do nosso cuidado de enfermagem é da nossa responsabilidade de passar. (E11)

O mais importante, com certeza [risos] é o médico que dá a informação para a família que vai ser aberto o protocolo, que iniciou e finalizou o protocolo, mas é o papel do enfermeiro ir, conversar com a família, saber a forma de abordar. (E5)

Eu acho que na hora de dar a notícia para a família da morte encefálica e enfermeiro tinha que estar junto. E já aproveitar o momento para iniciar a abordagem do familiar. (E5)

O acolhimento dos parentes pelo enfermeiro foi visto como parte importante do processo de doação, pois, ao acolher os familiares, criam-se vínculos de confiança e abre-se espaço para o diálogo e para solução de possíveis dúvidas sobre métodos de diagnósticos, exames, enfim, de formas de tratamento que podem elucidar para as famílias a real compreensão da morte encefálica. Lira et al (2012) afirmam que as famílias, ao perceber a mecanicidade, o distanciamento da equipe, a sensação de falta de empenho, falta de acolhimento e de esclarecimento, responderam com a negação à doação de órgãos por não conseguirem separar sua decisão do atendimento recebido.

Ainda, para os autores, os profissionais de saúde devem ajudar as famílias a aceitarem e compreenderem a morte como um processo único, seja ela encefálica, seja ela por assistolia. Portanto, neste momento, o que a família necessita é de acolhimento, escuta e atenção dos profissionais.

4.3.2 Vínculo

O próximo passo, após o acolhimento, se dá com a criação de um vínculo entre o profissional enfermeiro de CIHDOTT com os familiares. A construção desse elo demonstra que foi alcançada uma relação de confiança, na qual os enfermeiros detêm a corresponsabilidade sobre o paciente em morte encefálica, servindo como interlocutor da família, dentro da instituição, durante o processo de doação de órgãos.

As relações de vínculos foram citadas, pelos participantes, como parte importante na aceitação da doação pelas famílias.

É importante eles se sentirem vinculados, eles não podem se sentirem mais um número. Ao sentirem-se vinculados, e eles se sentem mais seguros. Assim, eu posso dizer para eles: olha não está pronto ainda. Olha não vai dar para ser nesse horário o enterro. E esse vínculo que é importante. E eu tento fazer esse vínculo com eles, como eu gostaria que fosse comigo. (E11)

A gente entrega um cartãozinho com nosso nome e nosso telefone, qualquer dúvida que eles tenham, eles podem nos ligar, e a gente orienta que aguardem em casa. (E6)

Sempre troco os telefones, tudo que acontecer, sempre combino antes: vocês querem ir junto no Bloco. Querem ficar aguardando. A gente sempre faz combinações e daí em diante. Então, qualquer coisa que atrase, qualquer coisa que aconteça a gente vai se comunicar. (E1)

[Enfermeiros] são muito atuantes, tem muitos deles que acabam dando telefone particular, acontece isso. Tem situações onde o suporte do enfermeiro é muito mais que do psicólogo da equipe. Então, é o enfermeiro que acompanha todo o processo sim. É o enfermeiro que está junto do familiar, que faz toda a parte da abordagem, de amparo. Querendo ou não, são os enfermeiros que acompanham na entrevista, que acompanham toda a evolução. (E2)

A gente percebia que, eles se apegavam muito, tinham uma referência muito importante, principalmente naquilo que tu ia, construindo com a família.

Então, às vezes, o vínculo era tão grande que eles acabavam te ligando. (E10)

Não menos de uma vez eu dei meu telefone celular para eles. Inclusive, depois que eu saí do plantão, eu recebi ligação, querendo alguma informação. (E11)

Os depoimentos dos enfermeiros de CIHDOTTs também mostraram que o compromisso com os familiares só se encerra com a entrega do corpo para os aparatos fúnebres. E que sua presença no necrotério ou no Departamento Médico Legal (DML), mais uma vez, demonstra a sua responsabilidade e respeito com o vínculo criado com os familiares.

Barros et al (2013) dizem que o enfermeiro ao estar presente, ao relacionar-se, e ao elaborar vínculo entre familiar/enfermagem, estabelece relações de acolhimento. Acrescentam que, a equipe de enfermagem deve comunicar-se com os familiares, integrando-os ao tratamento do seu familiar, explicando cada procedimento a ser efetuado, pois é com a sua participação que se determina melhor aceitação as condutas tomadas em relação ao cliente hospitalizado.

O enfermeiro fica lá embaixo no necrotério aguardando a chegada dos familiares no momento que eles chegam, ele entrega o atestado de óbito, e faz todas as orientações e, então, entrega o corpo. (E6)

Se há DML, então eu acompanho. Eu já fui retirar um doador com o familiar, fiquei oito horas esperando com ele. (E1)

Tu acabava conversando, conhecendo o familiar, e acabava marcando horário para a entrega o corpo, acaba ligando para dizer qual era o horário que o paciente estaria indo para retirada. (E10)

Alguns depoimentos trouxeram a preocupação com a entrega do cadáver para a família. Tal inquietação pode ser justificada porque, muitas vezes, o enfermeiro não tem o controle sobre a reconstrução do corpo, depois da retirada dos órgãos.

Não vou te abandonar nesse momento [ao esperar oito horas no DML, para entrega do corpo], e ainda no fim, entregaram o corpo de uma forma, que ele me abraçou e começou a chorar e disse assim: ainda bem que tu ficou comigo. Porque tu fica com vergonha de certas coisas. (E1)

Informação ao familiar após o término, a apresentação para eles após o final, é muito importante. (E3)

Tais angústias podem ser justificadas, primeiramente por se tratar de um ser humano e, também, porque é parte da responsabilidade do membro de CIHDOTT, nesse caso, o enfermeiro, a entrega do corpo à família. O Conselho Federal de Enfermagem publicou a Resolução n. 292/2004, que indica o enfermeiro para acompanhar e/ou

supervisionar a entrega do corpo à família (COFEN, 2004). E, algumas ações foram descritas como positivas para levar consolo aos familiares enlutados, no sentido de amenizar a dor vivenciada por eles.

A gente fez uma coisa bem legal de humanização principalmente com mãe, pai, ou esposa, [...] a gente entregava uma muda de flor para esses familiares que doavam com se fosse assim, está indo, mas aqui está um pedacinho que tu pode plantar, que vai sempre lembrar. (E5)

Estratégias diversificadas foram experimentadas pelas CIHDOTT para amenizar a dor do luto, ou da decisão pela doação de órgãos. Assim, as CIHDOTT, buscam encontrar meios que auxiliem as famílias a passar por esse momento que, na maioria das vezes, é trágico e repentino, e como no relato acima, presentear famílias com mudas de plantas pode ser de utilizados para ajudar a família a enfrentar o luto.

4.3.3 Empatia

A empatia, segundo Michaelis (2014), é definida pela psicanálise como um estado de espírito no qual uma pessoa se identifica com outra, prevendo, ainda, que a empatia é sentir o que o outro está sentindo.

Os participantes ressaltaram, em seus depoimentos, que a empatia é um sentimento nato ao enfermeiro de CIHDOTT, pois, ao colocar-se no lugar do outro, o enfermeiro percebe as necessidades do paciente, e a partir daí, consegue construir com a família laços de solidariedade que, por sua vez, podem evoluir para vínculos mais sólidos.

A gente tenta não se colocar no lugar do outro, mas não tem como, eu acho que esse é um mal ou bem da enfermagem [...] Eu acho que é de suma importância, sempre penso muito na família. Então, qualquer coisa que aconteça, a central disse que vai atrasar tanto tempo e por tal motivo, conversei com a família. (E1)

Eu sempre tento pensar antes, como eu gostaria de ser abordada, se eu tivesse passando por algo na situação dessas.[...] Então, se uma situação difícil, se é uma pessoa jovem, e isto, está me tocando, eu tento não esconder esse sentimento da família. Se eu estou chateada eu tento me colocar no lugar, tento falar isso, expressar para eles meus sentimentos. (E11)

Primeiramente me coloco no lugar da família, que às vezes, isso é ruim para o enfermeiro. Porque daí na tua abordagem, às vezes, tu lida com teu sentimento junto com o sentimento da família. (E10)

Olha eu acho que tem que ser muito empático, eu acho que tem que ser além de enfermeiro, um ser humano Não só o profissional que veste branco, mas um ser humano porque daqui a pouco pode ser um familiar teu que acabou entrando em protocolo. (E5)

O sentimento de empatia torna-se mais evidente quando os enfermeiros de CIHDOTT são confrontados com pacientes em morte encefálica, que os faz lembrar as pessoas de seus círculos de convívio.

Não tem como. Uma criança tu sempre pensa: Ahhh! Poderia ser meu filho. Ahh! Tem a mesma idade do meu filho. (E1)

O que me afronta, que me choca mais, são as crianças e pessoas da nossa idade. Tipo, poxa vida era um hipertenso e não sabia, ou que [...] Teve um caso que tinha dois anos mais jovem que eu, fazia tratamento, fazia os exames, tudo, mas ele não conseguia levar os exames proposto e o captopril não estava mais fazendo efeito, e aí “avecesou” [teve um acidente vascular cerebral], com 33 anos. Então, isso me choca. Eu, vou te dizer assim, eu não consigo encarar tipo assim as pessoas. (E1)

[...] eu não me abalo muito quando é o filho que está perdendo a mãe, ou que está perdendo o pai [...] Então, assim eu não consigo imaginar o que deve ser isso, nem gostaria de imaginar o que deve ser isso. (E6)

Assim, é difícil para a gente não ser empático, não se colocar no lugar. A gente nunca sabe de repente, dali a pouco é a gente (risos). (E5)

Com criança eu vou muito bem na entrevista. Preencho todos os documentos, mas e quando entro no [citou o hospital] eu despenco, perco minhas forças. Então, assim, sou muito forte na hora, mas depois principalmente com criança é um fato que abala muito a gente. Não sei se é porque tenho filho. (E1)

Ao colocar-se no lugar do outro, o enfermeiro vivencia, junto ao familiar do paciente em morte encefálica, a dor da perda. E, por vezes, o faz refletir sobre seus próprios familiares. Rodrigues e Zago (2012) destacam, em seu estudo sobre a morte e o morrer, que os enfermeiros ao se depararem com a morte do outro, voltam-se para si e para os seus.

Outros relatos sobre a empatia estão relacionados com o agente causador da morte encefálica. Geralmente, a morte encefálica é originada de situações conhecidas, e talvez por isso, os enfermeiros estão, de certo modo, acostumados. Mas, quando os

enfermeiros se deparam com circunstâncias incomuns de morte encefálica, há o despertar do sentimento de empatia de forma mais intensa.

Tu para e pensa: estava lá, bem [subentende-se uma criança] e puxou a televisão por cima. Ou estava brincando com uma espingarda de pressão ele e o irmão, sabe, e um tiro de chumbinho [ferimento por arma de pressão].

(E1)

Por outro lado, a empatia pode interferir de maneira negativa, durante a abordagem familiar, e pode confundir o enfermeiro, como se percebe nos relatos a seguir.

Para quem passa por isso, sabe o quanto é difícil e até assim para o familiar decidir sobre a doação nesse momento. Acredito que ele precisa de muito, de um suporte de toda a equipe, principalmente do enfermeiro. (E3)

[...] muito difícil porque a gente se coloca no lugar. Tu está sentindo a dor da perda de um familiar, e ao mesmo tempo, eu senti que estava invadindo a dor da pessoa naquele momento. (E5)

Então, eu tento fazer a minha parte de entrevistar, de explicar o que está acontecendo, mas, ao mesmo tempo eu tento entender o sofrimento das pessoas, porque é um momento que as pessoas estão sofrendo bastante. (E7)

Ao abordar a família para a solicitação de órgãos, o enfermeiro pode envolver-se a tal ponto que esse profissional poderá não questionar sobre a doação de órgãos, imaginando causar mais sofrimento aos familiares. Bener et al. (2008) descrevem que o enfermeiro, por deter um alto nível de habilidade interpessoal, vê-se obrigado a se aproximar da família enlutada, e pode não perceber a doação de órgãos e tecidos como parte de sua responsabilidade profissional.

Os participantes apontaram em seus depoimentos que, com o passar do tempo, tendem a sentir-se mais insensíveis, ao ponto de reafirmarem nas suas falas que possuem sentimentos, e que talvez, em seu íntimo sintam-se desvalorizados como seres humanos, por realizarem tal abordagem.

A primeira entrevista eu não consegui terminar, porque eu não aguentei mesmo, e a mãe desse jovem começou a chorar e eu também. A segunda foi mais tranquila assim, parece que fui mais fria, tentando não absorver aquele sofrimento todo na hora, acho que é isso. (E5)

Eu acho que essa situação, tu tem que ter uma frieza, mas frieza ainda não é a palavra certa. (E2)

Eu tenho tranquilidade em fazer uma entrevista, mas também eu sinto, eu tenho sentimento. (E7)

Sinto o peso psicológico de levar um não na entrevista, por ver a situação da família sofrendo com tudo aquilo. (E9)

A entrevista familiar foi descrita como uma tarefa difícil para os enfermeiros, pois ao colocar-se no lugar do outro, os enfermeiros tendem a vivenciar a dor da perda, fazendo analogias a seus parentes próximos. Silva et al. (2014) comentam, que os enfermeiros priorizam cuidado humanizado aos pacientes terminais, proporcionando uma maior qualidade de vida ao tempo que lhes resta. Porém, pelo fato de não estarem preparados para o enfrentamento da morte, esse cuidado humanizado pode ser confundido com sentimentos pessoais.

Ao colocar-se no lugar do outro o enfermeiro pode experimentar vivências que lhe possibilitam desenvolver habilidades e características enquanto pessoa e profissional, oportunizando o melhor entendimento da situação vivenciada e a elaboração de formas de tratamento mais humanas para dispensar as famílias enlutadas, assim como, reflexões sobre como gostaria de ser tratado em uma situação semelhante.

4.4 A centralidade do enfermeiro em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos

Esta categoria tem como objetivo contemplar a função do enfermeiro de comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante, bem como evidenciar a atuação relevante desse profissional para as instituições de saúde que o tem como integrante de CIHDOTT. O envolvimento do enfermeiro no processo de doação de órgão, não deve se restringir apenas às atividades relacionadas à assistência, ao cuidado e à manutenção do potencial doador, mas sim, objetivar a organização e o aperfeiçoamento da doação e da captação. (BATISTA; PIRES, 2013).

Diante dessa realidade verifica-se que o enfermeiro é fundamental para que se tenha, tanto a identificação do possível doador de órgãos, quanto a efetivação da doação. Por conta disso, seu papel profissional está conquistando cada vez mais espaço de uma maneira responsável, ética e eficiente.

Para Mendes et al. (2012) o enfermeiro tem como foco, na sua atuação, assegurar a qualidade do cuidado às pessoas, com profissionalismo, durante todas as fases do processo de doação e transplante de órgãos. Dessa forma, a seguir estão

apresentadas duas subcategorias que abordam a centralidade do enfermeiro em CIHDOTT, evidenciando a sua importância como membro efetivo nessas comissões.

4.4.1 Atributos essenciais para o enfermeiro de CIHDOTT desempenhar seu papel

Este tópico mostra algumas características, citadas pelos participantes, durante a coleta de dados, evidenciando a importância do enfermeiro nas Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos. Dentre essas características pode-se citar: sensibilidade, posicionamento, confiança, gestão e coordenação, visão abrangente.

A partir dos depoimentos dos participantes, foi possível observar que o enfermeiro de CIHDOTT, ao exercer sua função, precisa ter sensibilidade. A sensibilidade dos enfermeiros faz com que estes se aproximem dos familiares e consigam realizar uma assistência mais abrangente, como pode ser evidenciado nas falas a seguir:

[...] o enfermeiro tem uma sensibilidade maior para receber do familiar, entender a parte da religião. Essa parte assim. Acho que o enfermeiro tem uma sensibilidade maior. Ele está sempre aberto para esse tipo de coisa da família. (E9)

[...] entro mais com a questão emocional, tento seguir uma linha, tentando priorizar o que é fundamental no princípio, para captação, mas, muitas vezes a gente se depara com situações que tu tem que trazer outras coisas. Perde teu foco e às vezes tu vê familiares desesperados e que conforme as palavras, a frase que utilizar, tu pode perder um potencial, ou uma doação em si. (E10)

[...] o enfermeiro tem esse [gesticulou com os dedos sinalizando tato, sensibilidade]. (E4)

[...] a visão que eu tinha antes, é que era só o enfermeiro que abordava e que não havia muita interação com a família. Depois que eu comecei a participar da CIHDOTT, eu percebi que o enfermeiro é fundamental, porque, quando é como o médico eles têm muito aquele verbo, assim de conversar, mas, quando é com o enfermeiro eles se abrem mais. (E10)

A sensibilidade demonstrada nas falas expressa a essência do cuidado, que vai além do paciente em si. O enfermeiro, como descrito nos relatos, é mais sensível a várias questões que envolvem o processo de doação, não se limitando apenas ao

paciente, mas sim, estando aberto para compreender todos os elementos que estão relacionados ao potencial doador, especialmente na família.

Chemicaro et al. (2011) abordam que o enfermeiro detém uma ferramenta singular que tem mais influência sobre o usuário do que qualquer medicamento ou terapia, ele próprio. Por isso, tem condições de oferecer o cuidado no seu sentido mais abrangente, por exemplo, ao expressar-se, em como relacionar-se consigo mesmo, com o outro e com o mundo.

A sensibilidade relatada pelos participantes, muitas vezes, exige que os enfermeiros de CIHDOTT, sejam cautelosos e paciosos como os familiares. Isso, talvez, decorra do fato de se apoderarem do sentimento de empatia, e por isso, tentem não pressionar a família nesse momento tão difícil, mesmo reconhecendo que o tempo é precioso para a perfusão e qualidade dos órgãos para transplante.

[...] a gente dá um tempo. Se eles nunca ouvirem falar sobre isso, se eles não esperavam aquilo naquele momento. Esse tipo de conversa nessa hora. Se retira, deixa que eles conversem para que cheguem num consenso. (E6)

Deixo eles bem livres sobre a decisão, que eles não são sendo pressionados em nenhum momento e coloco a doação como uma oportunidade. (E11)

[...] é impossível tu não ficar sensibilizado na hora [...] As vezes, só o que eles querem é chorar, ficar quieto com a família e a gente fica em volta. Vem com uma enxurrada de informações, sobre o que vai acontecer, com o paciente em morte encefálica. E deixa eles pensando nisso, mais o funeral, processo de luto. É muita informação junte e isso dificulta. (E5)

Se a gente vê que começa muitas divergências e talvez desentendimentos, não é essa a ideia. Então, a gente não prossegue com a entrevista, porque, o nosso intuito não é gerar neste momento, outros tipos de desacordos e desavenças. (E6)

Este sentimento é tão presente nos participantes desse estudo, que se torna evidente que o enfermeiro preocupa-se com todos os envolvidos no processo, em especial, com a família, que enfrenta um momento de dor e raiva. Em seu estudo, Mendes et al. (2012) descrevem que o enfermeiro deve possuir sensibilidade, empatia e humanidade, para compreender e saber lidar de forma adequada com os conflitos e o sofrimento humano gerado pelo processo de doação. Essas atitudes, para Silva et al. (2014), vão além da técnica, fundamentam-se numa relação constante de troca com o outro, que perpassa pelo toque, pela comunicação, pelo cuidado físico e pelo respeito, construindo e fortalecendo laços que favorecem a promoção do bem estar das pessoas envolvidas no cuidado de enfermagem

Pode-se afirmar, portanto, que os enfermeiros de CIHDOTT, devem possuir elementos capazes de captar informações que, muitas vezes, não se apresentam de maneira implícita, mas, que, de certa forma, são mais importantes para a família naquele instante. O enfermeiro, em muitas ocasiões, deve mostrar-se receptivo para atender tais demandas desses familiares, sejam elas, religiosas, fúnebres, e porque não, demandas de tempo. Tempo para refletir, pensar, organizar seus pensamentos, dialogar com outros familiares, e decidir sobre algo que lhes proporcione mais serenidade.

O enfermeiro é apontado, pela literatura, como elemento chave no processo de doação de órgãos e tecidos. Seu trabalho em CIHDOTT envolve muitas facetas e constrói uma rede de relacionamento dentro do ambiente hospitalar. Assim, o enfermeiro foi relatado nos discursos como um profissional que deve se posicionar frente à equipe, para que o processo prossiga de modo coerente.

Com um paciente da emergência aconteceu isso, o médico assistente que não queria abrir protocolo, me pegou no corredor para me questionar. E eu disse: sou da CIHDOTT, vi que ela estava em Glasgow 3, não estava com droga, e nós vamos dar um jeito. [...] isso é mais feio para ti do que para mim, porque tu está me questionando. (E1)

[...] dificilmente a gente vai fazer uma colocação que a gente não seja pertinente ou que não seja adequada, então, pode parecer que eu estou me achando, mas, não é (risos) é porque realmente é eu que tenho aquela visão. (E11)

Tenta fazer com que os tempos de intervalo sejam respeitados [...] discute eventualmente com os médicos da UTI ou o médico da emergência sobre as condutas que estão sendo feitas [...] e o que a gente não consegue resolver a gente passa adiante para nossa coordenação. (E11)

Acredito que o enfermeiro tem que ser extremamente presente, tem que ter segurança para isso. Precisa entender o processo e tem que se posicionar. (E4)

Observa-se, a partir dos relatos, que o posicionamento geralmente é conflituoso, e expresso como relações de poder. Mas, os entrevistados são claros nos depoimentos quanto ao fato de que o enfermeiro deve posicionar-se, sendo essa, uma das funções do enfermeiro membro de CIHDOTT. Ávila et al. (2013) comentaram que o enfermeiro deve fazer-se respeitar frente aos outros profissionais de saúde, demonstrando seus conhecimentos e seriedade no seu trabalho. E, ao posicionar-se, garante que o diagnóstico de morte encefálica seja realizado nos padrões estabelecidos, reforçando que a vontade ou não da doação de órgãos, é uma escolha da família.

Os enfermeiros participantes também se apresentaram como facilitadores no processo de doação de órgãos e tecidos, pois relataram que sua atuação é expressiva e possuem dinâmica para superar obstáculos e empecilhos que envolvem o processo de doação. As falas a seguir exprimem essa ideia.

É o enfermeiro que toma a frente. Não sei seria a palavra mais correta de dizer, mas é o profissional que da continuidade a todo o processo, acompanha mais de perto o paciente e fica mais tempo ao lado do paciente. (E12)

Eu acho que a gente agiliza o processo ou pelo menos tenta ajudar. (E1)

[...] eram dois enfermeiros do CTI que tomavam a frente aqui dentro do CTI na questão de captação. Sempre que tinha uma morte encefálica, eles que iam atrás e tentavam mobilizar toda a equipe para abrir o protocolo e fazer a doação. (E12)

É um paciente que tu tem, [...] tu fica mais em cima, tu colabora mais e ai desafoga. Coleta exames que precisa, gasometria nos parâmetros, raio X. Tu tenta agilizar isso.[...] eu acho que é isso assim, melhor agilidade do processo, e depois que fecha o protocolo vai, e tu tem que meter a cara e ajudar. (E1)

Os enfermeiros reafirmaram seu papel relevante perante à equipe multiprofissional, citando, em seus relatos, qualidades que dão ao profissional enfermeiro destaque especial na CIHDOTT.

[...] o enfermeiro é o que mais está junto com o paciente, então ele sabe. Eu sei que tem assistente social, i tem o médico, e tudo mais. Mas o enfermeiro é o que atua, na maior parte do tempo com o paciente. (E3)

Aqui no [cita o hospital] a gente tem preferido que o enfermeiro participasse de todo o processo pelo menos até a captação no Bloco Cirúrgico. (E4)

Como enfermeira, eu posso além de acompanhar os testes clínicos, eu posso estar junto nos testes laboratoriais, de imagem, para acompanhar. A psicóloga está mais de longe, por exemplo, a psicologia está acompanhando de outra forma. (E12)

Portanto, pode-se afirmar que, apesar das CIHDOTT serem equipes multiprofissionais, existem aspectos onde o enfermeiro possui maior domínio e destreza para o desenvolvimento do seu trabalho, assumindo uma posição de liderança frente ao processo. Talvez, isto seja decorrência da alta habilidade do enfermeiro, na atuação em ambiente hospitalar, na medida em que precisa aliar atividades assistenciais e gerenciais em seu cotidiano de trabalho.

O sentimento de confiança foi relatado, pelos participantes da pesquisa, como consequência do seu conhecimento sobre o processo de doação, e do ambiente hospitalar. Os discursos demonstraram que o enfermeiro é destacado dos demais membros pelo seu conhecimento mais abrangente e sua visão do todo.

Esses tempos, tinha uma assistente social de plantão e o médico que estava na emergência pediu para o [citou o nome do médico coordenador da CIHDOTT] chamar a mim para eu ficar ali, por que ela [assistente social] não iria mudar em nada, e eu, pelo menos sabia manter [...] Eu dizia, vamos aumentar a Nora [subentende-se noradrenalina], vamos coletar tal coisa, e aí, vão pegando confiança em ti. Muitos técnicos de enfermagem também, quando a gente está acompanhando, eles nem chegam mais no enfermeiro da UTI, e já vão, nos avisando: está acontecendo tal coisa, [...] vamos fazer o quê? (E1)

No verão estava na beira da praia quando a assistente social me liga: está acontecendo isso e isso, o que eu faço. Aí eu disse, [citou o nome da colega] faz isso, pede para o médico fazer aquilo, pede para o técnico tal coisa. Então, eles têm o enfermeiro como um guia. (E6)

Tem um que qualquer dúvida ela me liga [...] Não tem problema. A gente se ajuda, eu acho que é uma questão de confiança. (E2)

[...] uma enfermeira que me ligou domingo a tarde e eu não estava de sobreaviso, vem pra cá porque se a tua colega [outro profissional não enfermeiro da CIHDOTT] entrevistar, vai perder a família porque um dos filhos é médico e ele quer saber as coisas bem direitinho. (E1)

Desse modo, o enfermeiro de CIHDOTT, vai adquirindo espaços, conquistando as equipes assistentes, e assim, naturalmente, consolida os vínculos. E, desses vínculos, emergem sentimentos de confiança entre os profissionais da saúde e os enfermeiros.

A conquista do reconhecimento e da visibilidade profissional do enfermeiro pode ser alicerçada pela aquisição do conhecimento e na sua capacidade para desenvolver seu fazer, e algumas situações como iniciativa e segurança promovem sua visibilidade e condicionam aos enfermeiros de CIHDOTT sentimentos de confiança para com os demais profissionais. (ÁVILA et al., 2013).

Mais uma vez torna-se evidente que os enfermeiros de CIHDOTT devem ter domínio de seu trabalho através do conhecimento, exercendo de forma plena seu papel e sendo respeitados pelos outros profissionais.

O enfermeiro, no decorrer de sua trajetória acadêmica e profissional, encontra meios e subsídios que o tornam um gestor e/ou administrador. A formação já predispõe que o enfermeiro terá que saber trabalhar em equipe e, muitas vezes, será o líder ou

supervisor. Quanto à gestão no processo de doação e transplante, a Sociedade Internacional de Enfermeiros de Transplantes (2011) afirma que o enfermeiro deve desenvolver habilidades de gestão com triagem, gestão de problemas dos pacientes, entraves administrativos, gestão dos profissionais médicos e da equipe em geral, manejo de base de dados, resolução de problemas, gestão de prioridades, propondo e adaptando soluções em situações individuais.

O papel de gestor e coordenador é retratado com grande ênfase nos discursos destacados a seguir.

É o enfermeiro que coordena e gerencia todas as atividades, ele faz todas as etapas, é ele que é responsável por todas as etapas. (E2)

O enfermeiro tem uma capacitação maior para coordenar o que está acontecendo dentro da sala cirúrgica, temos profissionais que se atrapalham um pouco e o enfermeiro acho que tem uma visão melhor para ver isso aí. Então, acho que essa capacidade de coordenar equipe e atuar junto a manutenção do paciente, apontar as coisas que não estão indo bem porque a gente tem conhecimento técnico e tende a se apoderar melhor da situação. (E7)

Coordenar equipe é uma facilidade que o enfermeiro tem, ele já está acostumado a fazer este tipo de coordenação em unidade. (E7)

Daí, ela [enfermeira] acaba dando uma consultoria do que ela acha. Ahhh! tem que fazer uma reposição hídrica, porque eles [subentende-se membros da equipe assistencial] não têm conhecimento. (E9)

E é bem legal isso, porque acaba ajudando na aderência para ter mais vezes. Então, acaba fazendo papel de consultoria, e também a gente faz muito protocolo, a gente monta todos, não só a gente, também nós revisamos todos, fizemos todo o fluxo direitinho, a parte então do papel mesmo, das rotinas, dos protocolos. Então, acho que a assistência, a consultoria e a parte dos fluxos. (E9)

[...] quanto à questão de trabalho em equipe, o enfermeiro ele é o coordenador da equipe nato, no seu local de trabalho. Então, dentro da CIHDOTT, ele procura trazer sempre essa visão. (E11)

[...] o enfermeiro deve ser conhecedor de todas as etapas, eu acho também que é uma característica nossa, ahhh! Dominar muita situação, infelizmente, eu acho que é algo que a gente aprende na faculdade e acaba o tempo todo ter o domínio grande de toda a situação, mas eu, pessoalmente, gosto muito de me envolver em todos os processos, de acompanhar desde o diagnóstico. (E12)

Os relatos mostram que o enfermeiro demonstra sua capacidade gerencial para os outros membros da CIHDOTT, tornando-o um elemento ímpar, na capacidade de gerir os processos de doação e as equipes que fazem parte desse processo. A Portaria n. 2.600, de 2009, que aprova o regulamento técnico do Sistema Nacional de Transplantes Brasileiro descreve, no Art. 15, que a CIHDOTT deverá ser instituída por ato formal da direção de cada estabelecimento de saúde, e composta por, no mínimo, três membros integrantes de seu corpo funcional, dos quais um, que deverá ser médico ou enfermeiro, será o Coordenador Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante. Porém, a mesma Portaria, no Art. 15 parágrafo 3, traz a informação de que a CIHDOTT classe III deverá ter, obrigatoriamente, um profissional médico como coordenador (BRASIL, 2009).

A Portaria n. 2.600, de 2009, também classifica as CIHDOTT de acordo com o número de óbitos, leitos de UTI e de neurologia. As CIHDOTT classe III são constituídas quando a instituição apresentar mais de mil óbitos por ano, ou consistir em estabelecimento com, pelo menos, um programa de transplante de órgão (BRASIL, 2009).

As instituições pesquisadas são classificadas como CIHDOTT III, e assim, são coordenadas por profissionais médicos, o que pode estar relacionado com os relatos que se seguem.

Eu acho que a gente tem um papel, a gente participa das decisões, eu acho que o papel é importante, mas que a gente ainda não coordena [CIHDOTT]. (E2)

Ah! Eu acho fundamental, aliás eu acho que todas as CIHDOTT's deveriam funcionar com um enfermeiro mas não enfermeiro como coadjuvante, que é o que tem hoje, porque hoje as CIHDOTT's de hospitais de grande porte o coordenador precisa ser médico. (E6)

[...] uma coisa que tinha que mudar porque tu tens uma atuação muito maior do enfermeiro da CIHDOTT com carga horária específica, com dedicação exclusiva, que não pode responder pela CIHDOTT. O que está na lei que precisa ser o médico o coordenador, que muitas vezes não passa o seu tempo ali, que não está bem por dentro de todo o processo, é o que responde, é quem é chamado, é quem aparece, é o nome que está lá. (E6)

[...] poderia ter um envolvimento maior com isso, mesmo tendo o plantonista da CIHDOTT, mas o enfermeiro poderia ser a quem se reportar quando a situação não está andando de forma mais adequada que fizesse a avaliação desse processo [...]. (E11)

Coordenar e gerenciar as equipes e os serviços em prol do processo de doação de órgãos significa reduzir o tempo para o fechamento do diagnóstico, proporcionando menos perdas na manutenção do potencial doador e, se houver a doação, ofertar órgãos com melhor qualidade. De acordo com Martini et al. (2008), o enfermeiro dessas comissões deve atuar diretamente na divulgação e orientação de todo o processo de doação e transplante, dentro dos estabelecimentos de saúde, coordenando, integrando e atuando em ações que norteiem a atuação dos demais profissionais das instituições, em especial os da área da saúde.

O enfermeiro gestor, por si só, é capaz de tecer uma rede de relacionamentos, de tal amplitude, capaz de conseguir ter o domínio além da sua profissão, ou seja, o enfermeiro por compreender e inter-relacionar-se com o ecossistema hospitalar, reconhece os fluxogramas do processo de doação e transplante, o que culmina na finalização do processo de doação em menor tempo e com qualidade.

Segundo Swain (2011) os enfermeiros, por serem líderes e membros de equipe, desempenham um papel importante no processo de doação e transplante de órgãos nas organizações. Os participantes do estudo enfatizaram essa questão, como se depreende das falas a seguir.

Porque nós temos melhor relacionamento com os médicos, com a equipe. (E1)

Eu acho que o enfermeiro é o profissional que tem a capacidade de gerenciar esta área, de fazer as amarrações de logística, para que ocorra todo o processo de doação. Não enxergo outro profissional que possa fazer isso. (E8)

Acho que o nosso conhecimento de gerenciamento de unidades, de serviços nos facilita a ver o todo, coisa que os outros profissionais não estão acostumados. (E8)

[...] o enfermeiro membro da CIHDOTT, como em qualquer serviço, ele é a base, é o interlocutor com os demais profissionais. (E9)

Ah! O enfermeiro tem o olhar diferenciado, e isso sobressai também na CIHDOTT. A CIHDOTT é uma equipe multiprofissional literalmente, porque lá eu não sou uma enfermeira, lá eu sou CIHDOTT, então os técnicos, assistente social, psicólogo, se abstém da profissão para atuar na CIHDOTT independente do que tu é, só que o enfermeiro tem sempre uma visão diferenciada. (E11)

Por estar inserido no ambiente hospitalar, também chamado de ecossistema hospitalar, o enfermeiro desenvolve habilidades de gerenciamento, conhecimento e

adquire uma visão diferenciada do ambiente. Segundo Santos et al. (2009) entende-se por ecossistema uma sociedade de organismos que interagem entre si, mantendo relação com o ambiente em que co-habitam, e concebe o ser humano como elemento integrante dessa comunidade. O conjunto de elementos, que estruturam essa realidade, ao relacionar-se entre si, é capaz de construir redes locais onde tais elementos vivem e, assim, podem desenvolver-se de forma harmoniosa e saudável.

O progresso nas taxas de doação de órgãos tem sido referenciado, mas, evidências sobre a qualidade do atendimento recebido por pacientes e seus familiares sugere que há muito que melhorar. Metas específicas para melhoria incluem: coordenação do atendimento nas relações médico-família; compreensão do processo de morte encefálica e doação; e, intervenções eficazes para apoiar a família com o fardo da decisão e o processo de luto. E os enfermeiros estão numa posição privilegiada para abordar todas essas questões (DALY, 2006).

Assim, o enfermeiro deve conhecer e compreender as relações dentro do ambiente hospitalar, para adquirir a visão da instituição hospitalar como um todo, obtendo dados e informações que podem ser usados em seu favor para que o processo de doação ocorra da maneira mais simples e ágil possível. Portanto, conhecer e relacionar-se com o ambiente no qual está inserido pode ser muito favorável para a atuação do enfermeiro membro de CIHDOTT.

O enfermeiro, em seu processo de trabalho, permite-se conhecer e utilizar em seu favor a estrutura física e funcional dos hospitais, o que o coloca em uma posição privilegiada, por entender o funcionamento do hospital como um todo. No que se refere aos processos de doação de órgãos e transplantes, Mendes et al. (2012) enfatizam que o enfermeiro coordenador de transplante é o elemento da equipe responsável por facilitar esse processo. Isso torna o enfermeiro um elemento central na comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante, como exposto a seguir.

Quem chamar, para quem telefonar, exames para coletar, manutenção do potencial doador. Eu acho que o enfermeiro é o que mais deve dominar, pois frequentemente é o que mais domina o processo todo, mais até que os médicos. (E4)

Conhece outras coisas, além só da enfermagem. Conhecem o funcionamento do hospital, laboratório, na verdade é a visão holística da enfermagem acaba nos beneficiando nisso. Tem visão do hospital como um todo, não só a UTI. Muitas vezes, abrem o protocolo na emergência e aí, se há leito na UTI, são transferidos para o UTI, então tem que saber que há possibilidade de

abrir lá também. Que no laboratório as gasometrias são prioridade porque é um protocolo. E isso, o médico não tem noção, e sendo enfermeiro a gente sabe em quem chegar, com quem falar, o que priorizar e isso facilita muito. (E4)

Ah! É estar por dentro de tudo. O enfermeiro da CIHDOTT sabe qual é o cenário da doação, como isso deve acontecer, quais são as garantias que tu tem. Ele [enfermeiro] tem mais segurança em lidar com o processo, como fazer uma entrevista. (E6)

A gente está acostumado a exercer essa interlocução com todos os profissionais, com familiares, com a equipe que a gente que gerencia. A gente conhece os serviços do hospital, tudo o que depende para ter um sucesso na captação. Eu conheço a colega do bloco, eu conheço medico assistente – eu sei como falar com ele – eu sei da burocracia do exame, eu acho que isso facilita esse jogo de cintura. A gente mata um leão todo dia. Eu acho que a gente está mais preparado e isso facilita o serviço e a nossa visão aqui de enxergar o que ninguém enxergou. Ali, aquele pontinho, acho que isso facilita. (E9)

A visão do todo, até a atuação médica, tu consegue, tu tem um embasamento teórico diferente, até para tu conversar com a equipe médica, conseguir que o acompanhamento seja feito e os exames sejam feitos no tempo certo. Tu já tem uma integração maior. (E11)

Portanto, os enfermeiros de CIHDOTT são, constantemente, instigados a construir ligações e relações, tanto na própria instituição com os profissionais dos laboratórios, profissionais dos setores de diagnósticos por imagem, dos serviços de apoio, tais como: secretários, recepcionistas vigilantes e porteiros, setores administrativos, e as mais variadas unidades de internação. Também, apresentam maior domínio no relacionamento com serviços externos ao hospital, que apoiam e sustentam o processo de doação de órgãos e tecidos, como: a Central de Transplantes do Estado, OPOs, assim como, com os familiares.

Santos et al. (2011) apontam que novos paradigmas emergentes estão se configurando como algo especial para a área da saúde, afirmando que as pesquisas e o trabalho do enfermeiro, tornam-se mais eficazes a partir de uma visão contextualizada, que leva em conta as diversas formas de conhecimento. Moura et al. (2010) destacam que a habilidade administrativa dos enfermeiros é abordada pela necessidade de dominar os processos, a estrutura da instituição e os recursos materiais imprescindíveis para o desenvolvimento de suas ações. Ressaltam, também, a importância do domínio das normas e regras administrativas, assim como a visão da estrutura institucional.

A maneira como o enfermeiro de CIHDOTT lida com o processo de doação de órgãos e tecidos, naturalmente o coloca numa posição de coordenador, e como tal necessita de conhecimento para poder construir a gestão do processo de doação de órgãos, como expressam os relatos a seguir.

A enfermagem tem mais conhecimento do que está acontecendo, tem mais embasamento. Aqui sou o único enfermeiro. As [citou outros profissionais] não tem tanto domínio da parte prática da coisa. E só a teoria. [...] Eu acho que nós temos esse cuidado, com a manutenção adequada, porque [enfermeiros de CIHDOTT] temos a prática [...] Vamos iniciar com tal medicação, ele [subentende-se médico] tem medo do metilpedinisolona em dose alta, depois que fecha o protocolo. Mais é muito alta. Sim, mas não vai piorar o quadro, dele, é para manter a manutenção dos órgãos. (E1)

A nossa CIHDOTT tem sido bem multidisciplinar e, na maioria das vezes, interdisciplinar, mas contém mais médicos e enfermeiros. Os outros são psicólogos, fisioterapeutas e assistente social que a gente tem também, mas se detém aos seus respectivos papéis. Mas os médicos e enfermeiros são os que mais tocam o processo do começo ao fim. (E4)

A gente tinha metade enfermeiros, três médicos, e a outra parte era outros profissionais, mas assim, eles mexem mais com papelada. O processo quem faz é o enfermeiro. (E5)

Os outros profissionais também se dedicam as suas áreas específicas, mas o enfermeiro acho que vem com esse acréscimo por estar acostumado a gerenciar o todo, a ver o paciente como um todo, acho que esse é o grande diferencial. (E8)

[...] nós somos o principal profissional do grupo, porque tu cuida tanto da parte assistencial, da manutenção do potencial doador, da parte burocrática. Tudo é o enfermeiro. O agendamento de exame, a comunicação com a central, comunicação com medico assistente, esse jogo de cintura é tudo do enfermeiro. O plantonista que demora para fazer o segundo teste, autorização de exame... eu acho que o enfermeiro é dentro da CIHDOTT, essencial. Ele é o centro. (E2)

Dessa forma, este profissional assume uma posição chave para a equipe multidisciplinar, obrigando-o, muitas vezes, a apreender o processo de doação e transplante de órgãos na sua totalidade, inclusive auxiliando em algumas etapas não são de sua responsabilidade, como o diagnóstico de morte encefálica, prescrição de terapêutica de competência médica, dietética, entre outras.

Mendes et al. (2012) enfatizam que, dada a complexidade que envolve todo o processo, as dimensões ética, cultural, religiosa, familiar, jurídica, dentre outras

relacionadas a atitudes do enfermeiro, são de extrema importância e valor. Assim, o alto nível de habilidade interpessoal obriga, muitas vezes, os enfermeiros, a se aproximarem da família enlutada, da equipe, do processo de doação em si, como parte de sua responsabilidade profissional (BENNER et al., 2008).

Relatos dos participantes revelaram que o enfermeiro vai além de suas competências profissionais, não se limitando somente ao cuidado do paciente em morte encefálica, como também avança em outras áreas. Nesse sentido Kent (2004) aborda que o enfermeiro pode, muitas vezes, entrar em conflito com as necessidades de obter uma melhor compreensão dos desejos do cliente, adotando a prática holística. O autor enfatiza, ainda, que conhecer o todo, requer um maior envolvimento na avaliação, não apenas fisiológica e psicossocial, mas também, nas necessidades espirituais dos pacientes, fato corroborado pelo discurso a seguir.

Eu não sei. O enfermeiro acho que tem uma sensibilidade maior para receber isso do familiar, entender a parte da religião, essa parte assim. Acho que o enfermeiro tem uma sensibilidade maior [...] Para estar aberto com esse tipo de coisa da família. (E9)

A visão mais abrangente do enfermeiro o torna um integrante essencial para as CIHDOTT. Graesta e Costa (2013) reiteraram que os enfermeiros têm desempenhado um papel importante nas CIHDOTT, e se destacam na equipe multidisciplinar por reunir habilidades e competências no desenvolvimento das mais variadas atividades relacionadas ao processo de doação e transplante de órgãos.

Portanto, as habilidades dos enfermeiros os colocam em posição central dentro da CIHDOTT, sendo frequentemente solicitados pela equipe para orientações, condutas e tomada de decisões. Assim, faz-se necessário e imprescindível que o enfermeiro detenha conhecimento acerca de seu papel como membro de CIHDOTT.

4.4.2 Atividades inerentes ao profissional enfermeiro em CIHDOTT

As atividades desenvolvidas pelo enfermeiro de CIHDOTT são alicerçadas nos resultados anteriormente apresentados, e fundamenta-se em seguir eticamente os preceitos da profissão de enfermeiro.

Acho que é um papel muito importante. Acho primeiramente uma responsabilidade tremenda, porque é o nosso carimbo, é o nosso COREN

[registro do Conselho Regional de Enfermagem]. *Então, assim, tem que conferir, tem que estar junto, tem que participar, pois, quase sempre, a gente é chamado de início.* (E1)

Seguir os preceitos éticos e reguladores da profissão de enfermagem é assegurar ao paciente garantias de que será atendido com a máxima qualidade possível, e que aspectos sigilosos serão confiados de forma segura. Barros e Lopes (2010) comentam que, além da habilidade técnica, é imprescindível que os enfermeiros apliquem e conheçam as normas que regulam seu exercício, direitos e obrigações. Freitas et al. (2008) concordam quando expressam que o enfermeiro deve valer-se de criatividade e gestão com os recursos humanos e materiais disponíveis e tomar decisões que garantam atendimento integral das necessidades dos pacientes com isenção de riscos quando estes forem passíveis de serem evitados.

A comunicação foi descrita como algo inerente às atividades do enfermeiro como se segue o relato.

Tem um paciente [...] quem sabe vai evoluir para morte encefálica e nisso a gente já ficava se comunicando. (E12)

A comunicação permite, ao enfermeiro, dialogar com outros profissionais, e assim, identificar possíveis doadores. Santos e Bernardes (2010) destacam que a comunicação é um dos mais importantes processos para se alcançar êxito nas gestões. Citam, ainda, que a comunicação é o elo da cadeia comunicativa, pois está em permanente contato com a equipe multiprofissional.

Dentre as funções relatadas pelos participantes, estão as atividades burocráticas, relacionada aos registros, notificações, escalas e rotinas, sobre os dados dos protocolos e processos de doação de órgãos e tecidos.

Todos os relatórios mensais que eu cuido desde quantidade de transplantes que são realizados, quais, faço tabelas que vão para a central de transplantes, o nosso banco de sangue por causa dos doadores. O que é SUS, o que é convênio; as idades, pediatria, adulto. (E1)

A gente faz toda a questão burocrática, que servirá também para comunicar a central [...] confere se está tendo preenchimento adequado, para a gente enviar a documentação. (E12)

Formalizamos novos processos. Já estão quase concluídos os POPs [Procedimentos Operacionais Padrão] que são internos, POPs que a gente está tentando criar, um fluxograma, onde vai ficar mais fácil tanto para o enfermeiro quanto para o médico que tiver na assistência, seguir passo a passo como deve ser todo o processo. (E10)

[...] organizo e elaboro, todos os protocolos e todas as rotinas POPs. Escrevo sobre os processos e roteirizo todas as atividades. Eu, particularmente, faço toda a parte de estatística, de acompanhamento de resultado. Então, tem um banco de dados bem completo e a gente trabalha com esses dados. E ainda faço uma coordenação técnica de duas equipes de enfermeiros. (E8)

Ações burocráticas estão presentes no cotidiano do profissional enfermeiro, e nas CIHDOTT não é diferente. Os enfermeiros ao realizarem protocolos e procedimentos operacionais padrão (POPs) regularizam suas atividades dentro das instituições e facilitam o entendimento dos demais profissionais. Também, ao construir e elaborar relatórios que são enviados para as centrais estaduais de transplantes, alimentam as bases de dados que servem para levantamentos estatísticos. Scarparo et al. (2010) sinalizam que, desde as primeiras escolas fundadas no Brasil, os enfermeiros passaram a assumir posições administrativas no ambiente hospitalar e que se fortalece ao longo dos anos, no sentido de garantir a qualidade da assistência prestada à sociedade, através do gerenciamento do cuidado.

Entretanto, Montezelli et al. (2011) comentam que os enfermeiros vivenciam dilemas vindos da literatura que contrabalançam as atividades burocráticas exigidas pelas instituições e a gestão voltada à assistência de enfermagem.

Atividades ligadas à educação também foram descritas como algo inerente à função do enfermeiro atuante em CIHDOTT. E, além da educação destinada aos profissionais como forma de educação continuada, há orientações sobre morte encefálica e doação de órgãos para sensibilização do público em geral, por meio de palestras nas escolas, ONGs, encontros, entre outras atividades.

Participo de treinamento quando precisam da CIHDOTT. Eu, [citou o nome do médico], e a [citou nome da assistente social] que também são da comissão. (E1)

[...] há também os treinamentos internos que a gente está tentando agilizar na instituição. (E10)

A gente faz “blitz” de trânsito, colocando adesivos nos carros para que era doador ou apoiava a ideia de doação. Foi feito palestras gratuitas aberta para a comunidade com enfermeiros e médicos da OPO. Fizemos no hospital como se fosse um movimento para todo mundo saber o que era CIHDOTT, o que ela fazia dentro do hospital. Foi feito para os próprios funcionários e, principalmente, para os profissionais de enfermagem. (E5)

Nós temos um programa contínuo aqui, todos os anos a gente fala com os médicos residentes que estão entrando no hospital, tanto médicos como da

multiprofissional, fazemos palestras. As áreas específicas de UTI adulto e UTI pediátrica, emergência também fazem com seus médicos e enfermeiros a capacitação anual para revisão de conhecimento. (E8)

A gente tem, não capacita só profissionais que atuam especificamente no protocolo de morte encefálica, mas a gente faz capacitação com todos os secretários do hospital, com todos ascensoristas, telefonistas, pessoal da área de apoio que também, em algum momento, eles poderiam ter dificultado algum processo mesmo sem querer, tipo não deixar um familiar entrar, do tipo tratar mal alguém. Então, isso reflete depois, na nossa entrevista familiar. (E8)

Atividades educativas e de sensibilização da sociedade são atos executados pelas CIHDOTT, muitas vezes, por iniciativa dos enfermeiros que vêm nessas ações formas de levar o assunto da doação de órgãos e tecidos para os lares e que a discussão sobre ser ou não doador de órgãos se faça presente. A Portaria n. 2600, de 2009, que regulamenta as CIHDOTT, cita como atribuição da instituição a educação permanente dos funcionários, sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplante de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo (BRASIL, 2009).

Jhan et al. (2012) complementam que o ensinar a população pode ser uma estratégia de cuidado, e é muito explorada pelo enfermeiro. Tal postura torna possível utilizar-se do diálogo, do respeito e da valorização dos sujeitos em seu coletivo, incluindo ações de trabalho direto com a comunidade, que é, ainda, a melhor forma de proporcionar conhecimento científico e aproximação.

Outra função do profissional enfermeiro é a busca ativa por possíveis doadores de órgãos. E, quando encontra pacientes que podem evoluir para o diagnóstico de morte encefálica, os enfermeiros de CIHDOTT atuam de forma presente, orientando, avaliando e tirando possíveis dúvidas quanto ao protocolo de morte encefálica.

Desde a identificação do possível doador, a gente tem feito busca ativa em todo o hospital, identificando aqueles que estão em glasgow 3, ou <7 na verdade. E atenta mais para os que estão em Glasgow 4 e 5. A gente olha o sistema para ver os exames, como estão, se este recebendo sedação ou não. Chama o neuro para avaliar e, às vezes, até o plantonista da emergência. Acompanha a abertura do protocolo, tem alguns médicos que tem dúvidas de como, quais os testes clínicos que são feitos. Então, a gente dá toda essa atenção. Onde acham os documentos no hospital, quais são os exames que se pede, qual o limite do sódio permitido. Desde o início da identificação do possível doador até a entrega do corpo para a família depois da captação e

tenta fazer todo esse vínculo com o DML [Departamento médico legal], com a família. (E4)

Eu cuido das buscas, dos relatórios [...] tudo sou eu que faço. (E1)

Acompanhando ou por via telefônica, ou se tu está no hospital, como está evoluindo aquele caso. Geralmente isso durante o horário comercial, acontece na busca ativa, já se identifica quais são esses pacientes. (E6)

A busca ativa é tida, talvez, como a principal ação das CIHDOTT, pois, através da busca ativa, os enfermeiros encontram pacientes que podem evoluir para morte encefálica. Também se utilizam dessa busca para identificar, perguntar, informar, e sanar quaisquer dúvidas que outros membros da equipe assistencial possam ter, em relação ao protocolo de diagnóstico de morte encefálica. E, quando encontram algum paciente nessas condições, os enfermeiros de CIHDOTT monitoram e observam a evolução do quadro clínico.

Erbs et al. (2012) concluem que, uma das estratégias para aumentar o número de doadores é conhecer o perfil assistencial das instituições de saúde e, assim, implementar ações de busca ativa através das CIHDOTT, o que possibilita a otimização dos resultados por potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante.

Enfim, pode-se descrever o enfermeiro de CIHDOTT como o profissional que atua de forma direta e indireta em todas as fases do processo de doação. Ou melhor, desde o início da identificação, perpassando pela confirmação do diagnóstico de morte encefálica, manutenção do potencial doador, notificação compulsória, abordagem e vínculo familiar, trâmites para retirada de órgãos no centro cirúrgico, encaminhamentos para IML caso necessário, e entrega do corpo para a família.

O nosso trabalho é acompanhar os casos, todo o trâmite do protocolo. (E1)

[...] enfermeiro faz tudo. Ele é o responsável por acompanhar todas as etapas. Então, ele acompanha desde o protocolo, até a entrega do corpo para a família. O enfermeiro é atuante desde o início até o final, mais que o próprio médico. (E2)

Mas eu vejo como papel do enfermeiro o acompanhamento desde o início até o fim do processo. (E4)

E faz a coleta dos exames, avisa nossa OPO, quando a gente abre faz solicitação do exame de imagem, geralmente é eles que fazem aqui para nós. Ahhh... acompanha o segundo teste, nisso a gente faz tudo, ahhh...acompanhando diretamente o paciente, não temos nenhum contato com a família até então. Quando eles fecham o protocolo a gente aqui sempre acompanhava o médico, ia na entrevista para abordagem da família, se colocava disponível no caso de alguma dúvida, no caso de aceitação

continuava acompanhando o processo até a retirada dos órgãos e se colocava disponível para a família para qualquer contato, dúvida. Enfim, tu acompanha o processo do início até o final. (E12)

O papel do enfermeiro é o principal. Depois da notícia que o médico dá, todo o processo é feito pelo enfermeiro, as coletas de gasometrias, é programar o RX, ligar para a central de transplante. Isso tudo quem faz é o enfermeiro. [...] claro que a doação ocorre se existir, positivo para morte encefálica e se a família aceitar, mas entre esses dois extremos o enfermeiro está em todas as etapas. (E5)

Então, é o papel do enfermeiro, estar presente em todos esses momentos, tanto na unidade quanto na hora que chamam, quando faz o sobreaviso, se tu fores olhar as escalas de sobreaviso são medicas ou são de enfermagem, são de enfermagem. (E6)

Após o agendamento, o centro cirúrgico me comunica, eu já ligo providenciando material, soros, sala, equipe, eu faço toda essa parte dentro do centro cirúrgico: sala, horário, comunicação com a central de materiais, laboratório, banco de sangue, vejo onde o paciente está, UTI, verifico que tem soro gelado, solução de preservação de órgãos medicação. (E3)

Nos trechos acima é possível observar que o enfermeiro está presente em todas as etapas, auxiliando desde a identificação, através da busca ativa, perpassando pelo auxílio no diagnóstico e nas orientações burocráticas quanto ao processo de doação. Também assume papel crucial frente à família e à central de transplante. Ou seja, participa efetivamente do processo desde a busca ativa até a entrega do corpo à família, mesmo que não haja o aceite para a doação.

Martini et al. (2008) confirmam o exposto ao relatar que compete ao enfermeiro ter ciência de todo o processo que engloba a identificação, confirmação, formalidades legais, prevenção, detecção precoce e ações imediatas às complicações da manutenção de órgãos.

Um estudo procurou esboçar a importância da equipe de captação de órgãos em salvar vidas, com destaque para o papel do enfermeiro, profissional fundamental que atua à frente de todo o processo de captação de órgãos, desde a existência de um possível doador até a devolução do corpo aos familiares, e que estende suas atividades à divulgação e à desmistificação do tema. Portanto, diante do exposto, verifica-se que o papel do enfermeiro na captação de órgãos é de grande relevância, pois ele é um elo entre equipe/família/ doador/receptor (SILVA et al. 2009).

Mesmo que a maioria dos enfermeiros de CIHDOTT acompanhem os processos desde a identificação e diagnóstico, em alguns hospitais as atividades do enfermeiro

acontecem somente após a notícia do óbito pelo médico, momento em que inicia o trabalho do enfermeiro de CIHDOTT.

O trabalho do enfermeiro da CIHDOTT aqui no [citou o hospital] ele começa quando o medico assistente comunica o óbito à família. E normalmente nesse momento já há o entendimento de que esse paciente faleceu. Então, neste momento, a gente se apresenta para esses familiares, dá oportunidade, dá o direito de eles escolherem sobre a possibilidade da doação. (E8)

No momento que é identificado um potencial doador na UTI, eles ligam para a CIHDOTT para começar o acompanhamento. Então, eles avisam: nós temos um paciente que está entrando em protocolo de morte encefálica, então, a partir deste momento, vamos ficar alerta. (E6)

Então, assim começo a acompanhar o inicio do protocolo. Mas a nossa chegada principal é após a confirmação do segundo teste de morte encefálica, então, aí neste momento em que o intensivista fala com a família e comunica o óbito, a gente já está junto, pode não estar naquele momento, mas tu está na outra sala, tu está ali dentro, está ali perto. (E6)

As atividades dos enfermeiros de CIHDOTT destinam-se, também, a facilitar o processo, antecipando-se a eventuais contratempos que possam surgir, durante todo o período de doação e diagnóstico de morte encefálica. Mendes et al. (2012) comentam que o enfermeiro tem como atividades avaliar, diagnosticar, identificar, planejar o cuidado, implementar ações de intervenção e avaliar os resultados direcionados para a doação e transplante de órgãos.

Salienta-se a partir dos depoimentos, que os enfermeiros de CIHDOTT, realizam desde tarefas de relatórios que atualizam as bases de dados do Sistema Nacional de Transplantes, e servem para estudos e avaliações sobre o desempenho da unidade de saúde onde trabalha, podendo criar mecanismos para fortalecer ou modificar tais avaliações. Também realizam assistência de gerência e assistência ao potencial doador e as equipes assistenciais, orientando sobre as condutas e procedimentos de acordo com o protocolo estabelecido em lei.

São responsáveis pela educação continuada das equipes assistenciais, equipes de apoio e sociedade através de palestras, cursos e informações e de recursos audiovisuais. Destaca-se o trabalho do enfermeiro de CIHDOTT junto à família, no qual assume para si reponsabilidade de manter esta, informada do andamento das fases do processo até a entrega do corpo e retirar possíveis dúvidas, e ainda, suspender a doação caso os familiares não desejem mais doar, mesmo após assinadas os trâmites legais.

Os relatos até agora mencionados, demonstram com segurança, que os enfermeiros desempenham papel importante dentro das CIHDOTT. É um profissional preparado para assumir as questões burocráticas, de liderança e relacionais. E está preparado para o auxílio quanto às questões técnicas de diagnóstico e manutenção, solucionando dúvidas que possam surgir no decorrer do processo de identificação, doação e captação de órgãos e tecidos para transplante.

Sua função dentro das comissões, não restringem-se somente ao potencial doador, mas também, relaciona-se com todos os elementos do ambiente que o processo de doação de órgãos está inserido, sejam eles, equipe assistencial, família, equipes da central de transplantes, além, de requerer juntos aos setores administrativos do hospital condições mínimas de estrutura física para que a abordagem familiar, meios de diagnóstico e de manutenção do doador sejam disponibilizados adequadamente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A decisão pela doação de órgãos carrega a triste compreensão e aceitação da finitude. Porém, ao mesmo tempo, ressurge a crença e a esperança no milagre da vida, só que de uma forma física diferente – uma ambiguidade interessante.

Fernando Tolfo

Os resultados evidenciaram que, independente das instituições serem públicas ou privadas, os enfermeiros são uníssomos quanto à importância de seu papel como membros de comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos.

Ao término dessa dissertação foi possível construir quatro categorias, que abordam desde a inserção do enfermeiro nas CIHDOTT, que quase sempre são indicações ou imposições das empresas, apesar dessas comissões, estarem abertas para o ingresso espontâneo. Outra categoria aborda o trabalho do enfermeiro quanto as suas facilidades e dificuldades, chama-se a atenção para as dificuldades que se apresentaram em ampla vantagem sobre as facilidades, o que pode resumir em um trabalho difícil e repleto de dificuldades, porém, gratificante de acordo com os relatos. Dentre as principais dificuldades apontadas, pode-se destacar, as relacionadas a aspectos estruturais, relacionais, falta de informação por parte da sociedade em geral e a estigmatização dos enfermeiros de CIHDOTT por parte das equipes assistenciais.

A terceira categoria traz a família como parte da função do enfermeiro de CIHDOTT, pois, a família destina-se a abordagem familiar, tida pelos participantes como algo tenso, e difícil, principalmente no início das atividades como integrante da CIHDOTT. No entanto, apontam o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a empatia como ações essenciais junto a família, no desempenho de seu papel.

A quarta e última categoria, retrata a centralidade do enfermeiro em CIHDOTT, evidenciando alguns atributos considerados, pelos participantes, como essenciais, tais como: sensibilidade, desenvoltura, confiança, conhecimento, habilidades de

gestão/coordenação e liderança, visão abrangente para encontrar soluções rápidas e eficientes para os obstáculos de possam advir, e posicionar-se em defesa do direito do diagnóstico de ME e, que seja, ofertado a família a possibilidade da doação de seu ente querido. Além disso, os participantes apontam atividades que consideram essenciais no desempenho de seu papel como membro de CIHDOTT, relativos a atividades burocráticas, atividades educativas e de apoio técnico as equipes para que o processo de identificação doação e captação seja sempre idôneo. Enfim, o enfermeiro de CIHDOTT é, talvez, o único profissional da equipe multiprofissional que atua de forma direta e indireta em todas as fases do processo de doação. Ou seja, atua desde o início da identificação, passando pela confirmação do diagnóstico de morte encefálica, manutenção do potencial doador, notificação compulsória, abordagem e vínculo familiar, trâmites para retirada de órgãos no centro cirúrgico, encaminhamentos para IML, caso necessário, e entrega do corpo para a família.

Aos enfermeiros de CIHDOTT é exigida uma abrangência maior de conhecimento científico e suas competências, seguramente, vão além daquelas alcançadas durante a educação formal em enfermagem. Incluem avaliação e gestão do doador falecido, potencial doador, ensino e produção de dados estatísticos. Assim, suas competências são de ordem fisiológicas, patofisiológicas e psicossociais, que visam atender às necessidades dos pacientes, das equipes assistenciais e dos familiares. Trata-se de um profissional que, muitas vezes, deve se posicionar frente às equipes assistenciais para garantir o direito básico da família, que é saber se seu familiar está vivo ou não. E, no caso de morte encefálica, assegurar que seja dada à família a possibilidade de doação de órgãos do seu ente querido, informando ser um direito afirmado em lei.

A função do enfermeiro, em todos os aspectos da sua prática, é pautada na ética, e amparada por legislação específica. Assim pode-se afirmar que, durante a realização de suas atividades relacionadas à doação-transplante, a atuação do enfermeiro de CIHDOTT é preservada, sendo garantida a sua autonomia, dignidade e o direito de todos os envolvidos no processo.

No decorrer de seu papel em CIHDOTT, o enfermeiro é colocado, muitas vezes, em uma posição desconfortável, necessitando de habilidades extras para o enfrentamento das dificuldades. Deverá estar preparado para lidar com conflitos éticos, familiares, religiosos, culturais e, até mesmo, com conflitos que possam surgir durante do processo de doação e transplante entre os membros das equipes assistenciais.

Apesar de ser um estudo abrangente quanto as instituições públicas e privadas, ser realizados em um Estado com número de doações acima da média nacional, pode haver limitações e diferenças no papel do enfermeiro de CIHDOTT quanto a população, recursos de saúde disponíveis e cultura da doação de órgãos pelos órgãos públicos, .

Ressalta-se que os enfermeiros de CIHDOTT, devem receber treinamentos especializados e continuados, além de tempo exclusivo para realização das atividades da CIHDOTT, pois, compartilhar seu tempo entre a CIHDOTT e o trabalho em unidades, pode em dado momento, um dos serviços ficar desamparado, ocasionando desgaste para o enfermeiro, equipe assistencial e paciente(s). Outra proposição é fomentar nas academias de ciências da saúde, disciplinas que contemplem a doação de órgãos e seus processos, desmistificando-a, favorecendo a cultura da doação e captação de órgãos.

Conclui-se, então, que o enfermeiro membro de Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante é um elemento fundamental, tido como crucial para um programa de doação e transplante de sucesso. É um profissional que, para desempenhar seu papel, apodera-se de meios tecnológicos, logísticos, humanos, e desenvolve, a partir dessas ferramentas, as atividades de coordenação/gestão, educação e pesquisa, além de assistência direta e indireta durante todas das etapas do processo de doação e transplante.

Espera-se que este estudo possa contribuir para o aumento do conhecimento dos enfermeiros que estão e aos que ainda estão por ingressar nas Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.

REFERÊNCIAS

ABREU SANTOS, A.L.G.; MOURA DA SILVA, A.A.; SANTOS, R.F. Estimativa do número potencial de doadores cadavéricos e da disponibilidade de órgãos e tecidos para transplantes em uma Capital do Nordeste do Brasil. **J BrasNefrol**, v.28, p.25-30, 2006.

ABTO. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Dados globais da atividade de captação de órgãos por estado no ano de 2005. **Registro Brasileiro de Transplantes**, v.11, n.2, p.28-9, 2005.

ABTO. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2005-2012) **Registro Brasileiro de Transplante**, v.18, n.4, 2013.

AGHAYAN, H.R.; ARJMAND, B.; EMAMI-RAZAVI, S.H.; JAFARIAN, A.; SHABANZADEH, A.R.; JALALI, F.; GOODARZI, P.; JEBELIFAR, S. Organ donation workshop - a survey on nurses' knowledge and attitudes toward organ and tissue donation in Iran. **Int J Artif Organs**, v.32, n.10, p.739-44, out. 2009.

ALENCAR, S.C.S. **Doação de órgãos e tecidos: a vivência dos familiares de crianças e adolescentes doadores**. 2006. 156p. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná. UFPR: Biblioteca Central, 2006.

ALMEIDA, M.L.; PERES, A.M. Conhecimentos, habilidades e atitudes sobre a gestão dos formados de enfermagem de uma universidade pública brasileira. **Invest Educ Enferm**, v.30, n.1, 2012.

ARCANJO, R.A.; OLIVEIRA, L.C.; SILVA, D.D. Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Rev bioét**, v.21, n.1, p.119-25, 2013.

AVILA, L.I.; SILVEIRA, R.S.; LUNARDI, V.L.; FERNANDES, G.F.M.; MANCIA, J.R.; SILVEIRA, J.T. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Rev Gaúcha Enferm**, v.34, n.3, p.102-9, 2013.

BACKES, D.S.; BACKES, M.S.; SOUZA, F.M.; ERDMANN, A.L. O Papel do Enfermeiro no Contexto Hospitalar: A visão de Profissionais de Saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.7, n.3, p.319-26, jul. set., 2008.

BARROS, A.L.B.L.; LOPES, J.L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v.1, n.2, p.63-5, 2010.

BARROS, L. M., de ARAÚJO, T. M., de SENA N, M. F., SOARES, E., CAETANO, J. Á. (2013). INTERNAÇÃO EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR: VIVÊNCIA. *Cogitare Enfermagem*, 18(2).

BASTOS, A.V.; LIRA, S.B. Comprometimento no trabalho: um estudo de caso em uma instituição de serviços na área de saúde. **Organizações & Sociedade**, v.4, n.9, 2014.

BELLAGUARDA, M.L.D.R.; PADILHA, M.I.; PEREIRA NETO, A.D.F.; PIRES, D.; PERES, M.A.D.A. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.17, n.2, p.369-74, 2013.

BENDASSOLLI, P.F. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. **Psicol Estud**, v.17, n.1, p.37-46, 2012.

BENER, A.; EL-SHOUBAKI, H.; AL-MASLAMANI, Y. Do we need to maximize the knowledge and attitude level of physicians and nurses toward organ donation and transplant? **Exp ClinTransplant**, v.6, n.4, p.249-53, 2008.

BENNETT, P.N.; HANY, A. Barriers to kidney transplants in Indonesia: a literature review. **Internat nursing rev**, v.56, n.1, p. 41-9, 2009.

BIBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. Disponível em: <http://www.bibliacatolica.com.br/>. Acesso em: 28 out. 2013.

BRASIL. Brasil tem o maior sistema público de transplantes do mundo. **Rev Brasilis**. 2011. Disponível em: <http://revista.brasil.gov.br/reportagens/brasil-tem-o-maior-sistema-publico-de-transplantes-do-mundo/brasil-tem-o-maior-sistema-publico-de-transplantes-do-mundo>. Acesso em: 20 ago. 2013.

BRASIL. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, v.1, n.1, p.34-42, 2013.

BRASIL. **Lei 9434/97**. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências. 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm. Acesso em: 17 jun. 2013.

BRASIL. **Medida Provisória nº. 1718**. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. 1998. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/1998/medidaprovisoria-1718-6-outubro-1998-365531-norma-pe.html>. Acesso em: 17 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466/12**, de 12 dez 2012. Regulamenta pesquisas em seres humanos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/doacao>. Acesso em: 26 ago.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lista de espera para Transplante**. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/index_gestor.htm. Acesso em: 17 jun. 2013. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/transplantes>. Acesso em: 14 set. 2013. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 905**. 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt905.html>. Acesso em: 22 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº.2.600**. 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html. Acesso em: 22 ago. 2013.

BRITO, L. D., PRIEB, R. G. (2012). Fatores de Interferência no Processo de Doação de Órgãos e Tecidos: Revisão de Literatura. *JBT*, 15(2), 1676.

CAPELLARO, J.; SILVEIRA, R.S.; ZACARIAS, C.C.; SILVA, M.E.; CAPELLARO, J. **Percepção dos trabalhadores da área de Saúde frente a implantação de uma comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante**. VIII Mostra de Produção Universitária – FURG: Integrando Saberes. Rio Grande – RS. 2009.

CFM, Conselho Federal de Medicina. **Processo Consultivo**. 2001. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2001/42_2001.htm. Acesso em: 23 set. 2013.

CHERNICHARO, I.M.; SILVA, F.D.; FERREIRA, M. A Humanização no cuidado: concepções de profissionais de Enfermagem. *Esc Anna Nery*, v.15, n.4, p.686-93, out. dez. 2011.

CICOLO, E.A.; ROZA, B.A.; SCHIRMER, J. Doação e transplante de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. *Rev Bras Enferm*, v.63, n.2, p. 274-8, mar. abr. 2010.

CINQUE, V.M. **Fatores de stress vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante**. 2009. 112p. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2009.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética, Resolução 292 de 2004**. 2004. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2922004_4328.html. Acesso em: 28 set.13.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-292/2004**. 2004. Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. Disponível em: www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2922004_4328.html. Acesso em: 23 ago. 2013.

COFEN. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/transplantes/documentos_tx/cofen.pdf 2004. Acesso em: 28 out. 2013.

COFEN. **Os enfermeiros são mais cobiçados do que os médicos.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/os-enfermeiros-sao-mais-cobicados-do-que-os-medicos-2_22212.html. Acesso em 02/09/2014

COOLICAN, M.B. **Katie's Legacy.** AJN The American Journal of Nursing. 1987. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3645964. Acesso em: 24 set. 2013.

COREN-RS. **Legislação e Código de Ética:** guia básico para o exercício da enfermagem. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Autarquia Federal. Lei 5.905/73. Gestão 2012/2014. Porto Alegre 2014. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf>. Acesso em: 22 set. 2013.

COSTA, R.; SOUZA, S.S.; RAMOS, F.R.S.; PADILHA, M.I. Foucault e sua utilização como referencial na produção científica em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, v.17, n.4. out. dez. 2008.

CUSTÓDIO, J.F.; PIETROCOLA, M.; CRUZ, F.F.S. **Vínculos afetivos com o saber:** a curiosidade e a satisfação em conhecer como razões para escolha de carreiras científicas. Florianópolis: Abrapec, 2007.

DALY, B.J. End-of-life decision making, organ donation, and critical care nurses. *Crit Care Nurse*, v.26, n.2, p.78-86, 2006.

DODD-McCUE, D.; TARTAGLIA, A.; VEAZEY, K.W.; STREETMEN, P.S. The impact of protocol on nurses' role stress: a longitudinal perspective. *J Nurs Adm*, v.35, n.4, p.205-16, abr. 2005.

DONAGHY, E. Life giver. Interview by Brian McCalden. *Nurs Stand*, a.1, v.19, .24, p.120, fev. mar. 2005.

EHRLE, R. Timely referral of potential organ donors. *Crit Care Nurse*, v.26, n.2, p.88-93, abr. 2006.

EMMONS, R.A.; MCCULLOUGH, M.E. Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *J Personality Social Psychol*, v.84, n.2, p.377-389, 2003.

ERBS, J.L.; SCHIRMER, J.; POSSA, S.; ROZA, B.A. Análise dos óbitos de um hospital: busca ativa por potenciais doadores de córneas. *Rev Enferm*, UERJ, v.20, n.3, p.334-7, 2012.

ERTIN, H.; HARMANCI, A.K.; MAHMUTOGLU, F.S.; BASAGAOGLU, I. Nurse-focused ethical solutions to problems in organ transplantation. *Nurs Ethics*, v.17, n.6, p.705-14, nov. 2010.

EUA, Estados Unidos da América. Uniform Determination of Death Act. NATIONAL CONFERENCE OF COMMISSIONERS ON UNIFORM STATE LAWS, HAWAII JULY 26 – AUGUST 1, 1980. With prefatory note approved by the American Medical Association October 19, 1980, p. 03.

EUROTRANSPLANT. **Report Annual**. Deceased donos used, per million population, by year, by donor country. Disponível em: <http://www.eurotransplant.org>. Acesso em: 13 jul. 2013.

FERREIRA, M.A. O clássico e o emergente: desafios da produção, da divulgação e da utilização do conhecimento da enfermagem: ISSN. **Rev Bras Enferm**, v. 6, n.esp, p.:45-50, 2013.

FLODEN, A.; BERG, M.; FORSBERG, A. ICU nurses' perceptions of responsibilities and organisation in relation to organ donation--a phenomenographic study. **Intensive Crit Care Nurs**, v.27, n.6, p.305-16, 2011.

FLODEN, A.; FORSBERG, A. A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors. **Intensive Crit Care Nurs**, 2009.

FONSECA, M.A.A.; CARVALHO, A.M. Fragmentos da Vida: Representações Sociais de doação de Órgãos e Transplantes. **Rev Interações**, UFMG, v.10, n.20, p.85-108, jul. dez. 2005.

FOUCAULT, M. **Dits et écrits**. Édition Établie sous la direction de Daniel Defert et François Ewald. Collaboration de Jacques Lagrange. v. I et II. Paris: Quarto Gallimard, 2001.

FREITAS, M., MELO, G. D. S. M., COSTA, I., FERNANDES, K., & Torres, G. D. V. (2014). **Compreensão da equipe de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos**. *Enfermería Global*, (36), 194.

FREITAS, G.F.; OGUISSO, T. Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. **Rev Esc Enferm**, USP. v.42, n.1, p.34-40, 2008.

GARCIA, A.B.; DELLAROZA, M.S.G.; HADDAD, M.D.C.L.; PACHEMSHY, L.R. Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Rev Gaúcha Enferm**, 2012.

GARCIA, V.D. Artigo Especial: A política de transplantes no Brasil. **Rev AMRIGS**, Porto Alegre, v.50, n.4, p.313-20, out. dez. 2006.

GARCIA, V.D.; ABBUD FILHO, M.; KEITEL, E.; NEUMANN, J. Situação atual do processo doação-transplante. In: GARCIA, V.D. (Ed). **Por uma política de transplantes no Brasil**. São Paulo: Office, 2000. p.19-35.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. 7. reimpr. São Paulo: Atlas, 2006.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade Deteriorada. Tradução: Mathias Lambert. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2004.

GOLDIM, J.R. **Bioética, aspectos fundamentais**: Aspectos Éticos dos transplantes de órgãos. UFRGS. 2005. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/transprt.htm>. Acesso em: 3 set. 2013.

GRESTA, M.M.; MORAES, D.T. A inserção do enfermeiro nas comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplante – CIHDOTT. Hospital das Clínicas, UFMG, **Rev Med Minas Gerais**, v.23, n.Supl 1, p.S1-S84, 2013.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – GHC. **HOSPITAL CRISTO REDENTOR - HCR**. Porto Alegre. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=2&idSubMenu=4>. Acesso em: 15 out. 2013.

GUIDO, L.A.; LINCH, G.F.C.; ANDOLHE, R.; CONEGATTO, C.C.; TONINI, C.C. Estressores na Assistência de Enfermagem ao Potencial Doador de Órgãos. **Rev Latino-Amer Enferm**, v.17, n.6, 2009.

GUMBLEY, E.; PEARSON, J. Tissue donation: benefits, legal issues and the nurse's role. **Nurs Stand**, v.21, n.1, p.51-6, set. 2006.

HART, J.L.; KONH, R.; HALPERN, S. Perceptions of organ donation after circulatory determination of death among critical care physicians and nurses: A national survey. **Crit Care Med**, v.40, n. 9, 2012.

HCPA **Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS. Disponível em: www.hcpa.ufrgs.br. Acesso em: 26 ago. 2013.

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. Disponível em: <http://www.santacasa.org.br/pt>. Acesso em: 28 out. 2013.

INCUCAI. **Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (Incucái)**. Argentina. Disponível em: <http://www.incucai.gov.ar/institucional/index.jsp>. Acesso em: 12 jul. 2013.

INDT. **Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos. INDT**. URUGUAI. Ministerio de la Salud Publica. Disponível em: <http://www.indt.edu.uy>. Acesso em: 13 jul. 2013.

INTERNATIONAL TRANSPLANT NURSES SOCIETY. **Introducion to transplant nursing: core competencies**. Pittsburg: International Transplant Nurses Society, ITNS, 2011.

JAHN, A.C.; GUZZO, P.C.C.; SILVA, M.C.; SILVA, E.B.G.; LIMA, E.J.; LIMA, S.B.S. Educação popular em saúde: metodologia potencializadora das ações do enfermeiro. **Rev Enferm, UFSM**, v.2, n.3, p.547-52, 2012.

KENT, B.C. Protection behaviour: a phenomenon affecting organ and tissue donation in the 21st century? **Int J Nurs Stud**, v.41, n.3, p.273-84, 2004.

KIND, L. Máquinas e argumentos: das tecnologias de suporte da vida à definição de morte cerebral. **Hist Ciên Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.1, 2009.

KOMAROFF, A. **Remembering Dr. Joseph Murray: a surgeon who changed the world of medicine**. Harvard Health Publications. Disponível em: <http://www.health.harvard.edu/blog/remembering-dr-joseph-murray-a-surgeon-who-changed-the-world-of-medicine-201211285590>. 2012. Acesso em: 23 ago. 2013.

- LEMES, M.M.D.D.; BASTOS, M.A.R. The maintenance care of potential organ donors: ethnographic study on the experience of a nursing team. **Rev Latinoam Enf**, v.15, n.5, p.986-91, 2007.
- LIMA, A.A.F. Doação de órgãos para transplante: conflitos éticos na percepção do profissional. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.36, n.1, p.27-33, 2012.
- LIRA, G. G., PONTES, C. M., SCHIRMER, J., LIMA, L. S. (2012). **Ponderações de familiares sobre a decisão de recusar a doação de órgãos**. Acta Paulista de Enfermagem, 25(2), 140-145.
- MARINHO ER. As relações de poder segundo Michel Foucault. e-Revista Facitec - ISSN 1981-3511, v. 2, n. 2, Art. 2, dez. 2008.
- MARTINI, M.; FERNANDES, M.F.O.; MARTINS, A.S.; GUERINO, S.R.; NOGUEIRA, G.P. O papel do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos. **Rev Bras Ciênc Saúde**, v.6, n.18, 2008.
- MARTINS, A.C.; COSTA, I.R. A importância do enfermeiro frente à doação e manutenção de órgãos e tecidos. **Rev Med**, Minas Gerais, v.23, supl 1, p.S1-S84, 2013.
- MATIS, G.K.;CHRYSOU, O.I.; SILVA, D.; BIRBLIS T.A. Brain Death: History, Updated Guidelines And Unanswered Questions. **Internet J Neurosurgery**, v.8. n.1, 2012.
- MELEIS, A. Theoretical nursing. development and progress. 4. ed. Philadelphia (US): Lippincott, 2007.
- MENDES, K.D.S.; ROZA, B.A.; BARBOSA, S.F.F.; SCHIRMER, J.; GALVÃO, C.M. Transplante de Órgãos e Tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.4, p.945-53, 2012.
- MEYER, K.; BJORK, I.T.; EIDE, H. Intensive care nurses' perceptions of their professional competence in the organ donor process: a national survey. **J Adv Nurs**, v.68, n.1, p.104-15, 2012.
- MICHAELIS. Dicionário. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra>. Acesso em: 20 set. 2014.
- MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MINAYO, M.C.S.; NETO, S.F.; DESLANDES O.C.; GOMES, R. **Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade**. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- MONTEZELLII, J.H. et al. Demandas institucionais e de cuidado no gerenciamento de enfermeiro no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Rev Bras Enferm**, v.64, n.2, p.348-54, 2011.
- MORATO, E.G. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. **Rev Med**, Minas Gerais, v.19, n.3, p.227-36, 2009.

MOURA, G.M.S.S.; MAGALHÃES, A.M.M.; DALL'AGNOL, C.M.; JUCHEM, B.C.; MARONA, D.S. Liderança em enfermagem: análise do processo de escolha das chefias. **Rev Latino-Am Enferm**, v.18, n.6, 9 telas, 2010.

MOURÃO, C.M.L.; ALBUQUERQUE, A.M.S.; SILVA, A.P.S.; OLIVEIRA, M.S.; FERNANDES, A.F.C. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Rev Rene**, fortaleza, v.10, n.3, p. 39-45, 2009.

NETO, Y.C. Morte encefálica: cinquenta anos além do coma profundo. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v.10, Supl.2, p.S355-S361, 2010.

NORONHA, M.G.O.; SETER, G.B.; PERINI, L.D.; SALLES, F.M.O.; NOGARA, M.A.S. Estudo do perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos e motivos da não doação no Hospital Santa Isabel em Blumenau, SC. **Rev AMRIGS**, Porto Alegre, v.56, n.3, p.199-203, jul. set. 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Trasplante de órganos y tejidos humanos**. 63.^a Asamblea Mundial de La Salud. WHA 63.22 Punto 11.21 delordendeldía 21 de mayo de 2010

ONU. Organización Mundial de la Salud. **Trasplante de órganos y tejidos humanos**. Consejo Ejecutivo EB123/5. 123^a reunión 18 de abril de 2008. Punto 5 del orden del día provisional. Informe de la Secretaría. 2008.

PEIFFER, K.M. Brain death and organ procurement. **Am J Nurs**, v.107, n.3, p.58-67, 2007.

PEREIRA, W.A. História dos Transplantes. In: PEREIRA, W.A. **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

REBOUÇAS, C.B.A.; PAGLIUCA, L.M.F.; SAWADA, N.O.; ALMEIDA, P.C. Validation of a non-verbal communication protocol for nursing consultations with blind people. **Rev Rene**, v.13, n.1, p.125-39, 2012.

REGEHR, C.; KJERULF, M.; POPOVA, S.R.; BAKER, A.J. Trauma and tribulation: the experiences and attitudes of operating room nurses working with organ donors. **J Clin Nurs**, v.13, n.4, p.430-7, 2004.

RODRIGUES, I.G.; ZAGO, M.M.F. A morte eo morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.11, n.5, p.31-8, 2012.

SANTOS, M.C.; BERNARDES, A. Comunicação da equipe de enfermagem ea relação com a gerência nas instituições de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v.31, n.2, p.359, 2010.

SANTOS, M.J.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.4, p.472-8, 2011.

SANTOS, M.J.; MORAES, E.L.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Comunicação de más notícias: dilemas éticos: frente à situação de morte encefálica. **Rev O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.36, n.1, p.34-40, 2012.

SANTOS, Q.G.; AZEVEDO, D.M.; COSTA, R.K.S.; MEDEIROS, F.P. A crise de paradigmas na ciência e as novas perspectivas para a enfermagem. **Esc Anna Nery**, v.15, n.4, p.833-7, 2011.

SAVIOZZI A. The role of nurses in the risk management of organ and tissue donation. **Transplant Proc**, v.42, n.6, p.2200-1, 2010.

SCARPARO, A.F.; FERRAZ, C.A.; CHAVES, L.D.P.; GABRIEL, C.S. Tendências da função do enfermeiro auditor no mercado em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v.19, n.1, p.85, 2010.

SEBACH, A.M.; McDOWELL, D. Developing a tissue donation advocacy program in a rural emergency department. **J Emerg Nurs**, v.38, n.1, p.63-8.

SHAFER, T.J.; WAGNER, D.; CHESSARE, J.; ZAMPIELLO, F.A.; McBRIDE, V.; PERDUE, J. Organ donation breakthrough collaborative: increasing organ donation through system redesign. **Crit Care Nurse**, v.26, n.2, p.33-42, 44-8, 2006.

SILVA, F.L.F.; OLIVEIRA, R.C.C.; SÁ, L.D.; LIMA, A.S.; OLIVEIRA, A.A.V.; COLLET, N. Humanização dos cuidados de enfermagem em ambiente hospitalar: percepção de usuários. **Cienc Cuid Saude**, v.13, n.2, p.210-8, 2014.

SILVA, T.O.; SILVA, A.L.F.; BARBOSA, A.C.; JUNIOR, A.P.C. Morte: percepção de enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva do Hospital Municipal Milton Pessoa Morbeck. **Rev Interdisciplinar**, UNIVAR, v.1, n. 11, p. 102-6, 2014. Disponível em: <http://revista.univar.edu.br> . Acesso em: 2 ago. 2013.

SISTEMA DE SAÚDE MÃE DE DEUS. **HOSPITAL MÃE DE DEUS**, Porto alegre. Disponível em: <http://www.maededeus.com.br/2010/Institucional/>. Acesso em 28 out. 2013.

SITLLWELL, S.B.; FINEOUT-OVERHOLT, E.; MELNYK, B.M.; WILLIAMSON, K.M. Evidence-based Practice. Step by Step. Searching for the Evidence: Strategies to help you conduct a successful search. **AJN**, v.110, n.5, 2010.

SWAIN, S. The role of clinical nurse educators in organ procurement organizations. **Prog Transplant**, v.21, n.4, p.284-7, 2011.

TAMBURRI, L.M. The role of critical care nurses in the organ donation breakthrough collaborative. **Crit Care Nurse**, v.26, n.5, p.10, 2006.

TEIXEIRA, R.K.C.; GONÇALVES, T.B.; SILVA, J.A.C. A intenção de doar órgãos é influenciada pelo conhecimento populacional sobre morte encefálica? **Rev Bras Ter Intensiva**, v.24, n.3, p.258-62, 2012.

THIRY-CHERQUES, H.R. Saturação em Pesquisa Qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Af-revista PMKT**, v.10, n.9, p.27, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS. **Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA**. Disponível online em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/>. Acesso em: 14 out. 2013.

VAGHETTI, H.H.; PADILHA, M.I.C.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L.; COSTA, C.D. Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.1, p.87-93, 2011.

VENDEMIATTI, M.; SIQUEIRA, E.S.; FILARDI, F.; BINOTTO, E.; SIMIONI, F.J. Conflito na gestão Hospitalar: o papel da liderança. **Rev Ciên Saúde Colet**, v.15, supl.1, p.1301-14, 2010.

VICTORA, C.; KNAUT, D.R.; HASSEN, M.N. A pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000.

WIJDICKS, E.F.; VARELAS, P.N.; GRONSETH, G.S.; GEER, D.M. Artigo Especial: Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults. **Rev Neurology**, v.74, 2010.

ZAVOTSKY, K.E.; TAMBURRI, L.M. A case in successful organ donation: emergency department nurses do make a difference. **J Emerg Nurs**, v.33, n.3, p.235-41, 2007.

Apêndice A

Roteiro de entrevista

INSTRUMENTO DE PESQUISA

1 IDENTIFICAÇÃO: _____ 2 HOSPITAL _____

3 TEMPO DE SERVIÇO: _____ 4 IDADE: _____

5 TEMPO DE SERVIÇO EM CIHDOTT: _____ 6 SEXO: _____

7 ANO DE FORMAÇÃO: _____ 8 OUTRO EMPREGO: _____

9 POS-GRADUAÇÃO: _____ 10 SETOR EM QUE ATUA: _____

11 HÁ QUANTO TEMPO EXISTE A CIHDOTT _____

- Como você vê o processo de doação e transplante de órgãos, no Brasil, na atualidade?
- Como foi sua aproximação e inserção na CIHDOTT?
- Você teve algum embasamento teórico ou capacitação antes de ingressar na CIHDOTT? Quando? De que forma?
- O que você pensa sobre o seu papel enquanto enfermeiro membro de CIHDOTT?
- Quais são as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na cihdott em que você atua?
- Para você, como deveria ser a atuação do enfermeiro de CIHDOTT?
- Como você percebe a atuação do enfermeiro de CIHDOTT junto a família do potencial doador?
- Como você se sente frente a uma abordagem do familiar para doação de órgãos?
- Quais são as facilidades encontradas para atuar como enfermeiro membro de CIHDOTT?
- Quais são as dificuldades encontradas para atuar como enfermeiro membro de CIHDOTT?

- Na sua opinião, como é a atuação do enfermeiro de CIHDOTT sob a ótica dos demais profissionais dessas comissões?

Apêndice B

Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: “Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos: Papel do Enfermeiro”.

Pesquisador responsável: Enf^a Profa Dra Silviamar Camponogara.

Mestrando responsável: Enf. Fernando Tolfo.

Instituição/Departamento: Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSM.

Contatos: E-mail: fernandotolfo@gmail.com

(55) 3220-8263 – E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br

Prezado Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário da pesquisa intitulada “COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS: PAPEL DO ENFERMEIRO”, cujos objetivos são: Conhecer o papel dos enfermeiros como membro de comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes, evidenciar as percepções dos enfermeiros quanto ao seu papel em CIHDOTTs; apontar as dificuldades e/ou facilidades enfrentadas pelo enfermeiro quanto membro de CIHDOTT. O referido estudo integra o Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

Você precisa decidir se quer participar ou não. Leia cuidadosamente o que se segue e qualquer dúvida que tiver poderá esclarecê-la com o Mestrando Fernando Tolfo. Somente após ter recebido todas as informações necessárias, e no caso de aceitar fazer

parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

♦ A sua participação nessa pesquisa consistirá em uma entrevista, realizada pelo Mestrando Fernando Tolfo, em horário e local previamente agendados, na qual se abordará alguns aspectos relacionados ao seu cotidiano de trabalho. Os seus depoimentos serão registrados por meio de instrumento gravadores de voz a fim de garantir a fidedignidade das colocações e auxiliar na análise dos dados. Em nenhum momento você terá sua identidade revelada, para isso todos os sujeitos participantes da pesquisa receberão um código como E1, E2, E3 aleatoriamente. Também não será identificada a instituição em que atua. O tempo dispendido para a realização da entrevista será de aproximadamente 40 minutos.

♦ Todo o material produzido a partir da coleta de dados será de uso exclusivamente científico para a área da saúde e da Enfermagem e deverá compor um banco de dados, mantidos em CD, sob a responsabilidade da Enf^a Prof^a Dr^a Silviamar Camponogara na sala nº 1339 do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, por um período de 5 anos, e após o(s) CD(s) serão destruídos danificando a mídia seriamente.

♦ Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas por meio de nossos telefones e e-mails acima descritos. Nenhum dos sujeitos integrantes desta pesquisa terá algum ônus com a sua participação.

♦ A participação nessa pesquisa não representará qualquer risco de ordem física para você, entretanto, poderá ocasionar desconforto psicológico, uma vez que propõe uma reflexão sobre o seu cotidiano de trabalho. Caso isso venha a acontecer comunique o pesquisador, para que sejam realizados os encaminhamentos para os setores de psicologia previamente contatados. E será atendido pelo psicólogo plantonista, de acordo com a instituição onde atua: Hospital Cristo Redentor, pelo telefone (51) 3357 4124 no Setor de Psicologia, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo telefone (51) 3259 8222 no Serviço de Medicina Ocupacional, e no Complexo Hospitalar Mãe de Deus no telefone (51) 3230 2035 no Setor de Medicina do Trabalho.

♦ Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

♦ Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com:

- **Universidade Federal de Santa Maria - UFSM:** Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone:(55)3220-9362 – Fax: (55)3220-8009. Web: www.ufsm.br/cep. E-mail: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. e/ou;

- **Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA -** Comitê de Ética em Pesquisa – Bairro Bom Fim, Rua Ramiro Barcelos 2350 sala 2227 F – CEP 90035-903 – Porto Alegre – RS – Telefone (51) 33597640 – Fax (51) 33597640 – E-mail cephcpa@hcpa.ufrgs.br e/ou;

- **Grupo Hospitalar Conceição – GHC -** Comitê de Ética em Pesquisa – Bairro Cristo Redentor – Rua Francisco Trein, 596 – Bolco H, 3º Andar – Escola GHC (HNSC), sala 11 – Porto Alegre – RS. Telefone (51) 3357-2407 – Fax (51) 3357-2407 – E-mail: cep-ghc@ghc.com.br, e/ou;

- **Universidade Corporativa Mãe de Deus – UCMD -** Comitê de ética em Pesquisa. Rua José de Alencar, 286 – Bairro Menino Deus – CEP 90880-480 – Porto Alegre – RS – Telefone: (51) 3230 6087 – E-mail: cep.umcd@maededeus.com.br.

_____, ____ de _____ de 2014.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

NOME DO PARTICIPANTE

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

NOME DO ENTREVISTADOR

ASSINATURA DO ENTREVISTADOR

_____, ____ de _____ de 2014.

Pesquisador responsável

Mestrando Pesquisador

Silviamar Camponogara

Fernando Tolfo

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone:(55)3220-9362 – Fax: (55)3220-8009. E-mail: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep.

Apêndice C

Termo de confidencialidade

Título do projeto: “Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos: Papel do Enfermeiro”.

Pesquisador responsável: Enfa Profa Dra Silviamar Camponogara

Mestrando responsável: Enf Fernando Tolfo.

Instituição/Departamento: Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSM.

Contatos: E-mail: fernandotolfo@gmail.com

(55) 3220-8263 – E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br

Local da Coleta de dados: Município de Porto Alegre (RS)

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem em preservar a privacidade dos participantes, cujos dados serão coletados através de entrevista, sendo os depoimentos registrados por meio de gravadores de voz, para posterior transcrição e análise. As entrevistas serão realizadas em local e horário previamente agendados, que garanta a privacidade de todos os participantes. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para a execução do presente projeto e que constituirá um banco de dados que poderá ser utilizado para outras pesquisas. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas por sob a responsabilidade da Enf^a Prof^a Dr^a Silviamar Camponogara, em computador de uso pessoal, na sala nº 1339 do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, por um período de cinco anos.Santa Maria,.....dede 2014.

Pesquisador responsável

Silviamar Camponogara

Coren/RS: 58899

RG: 8043999096


Mestrando Pesquisador


Fernando Tolfo

Coren/RS: 125096

RG: 2075596672

Anexos

		UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM		Data: 11/12/2013 Hora: 09:55			
1.2.1.20.1.01 Projetos na Inteira							
Título: COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: PAPEL DO ENFERMEIRO							
Número do Projeto: 036124		Classificação Principal: Pesquisa		Data Final: 11/09/2015			
Registrado em: 11/12/2013		Situação: Em trâmite para registro		Última Avaliação:			
Fundação: Não necessita contratar fundação							
Supervisor Financeiro:							
Pagamento de Bolsa: Não paga nenhum tipo de bolsa							
Bolsas Pagas Pelo Projeto:							
Não se aplica							
Proteção do Conhecimento: Projeto não gera conhecimento passível de proteção.							
Tipo de Evento: Não se aplica		Carga Horária: Não se aplica		Tipo de Proteção: Não se aplica			
Palavras-chave: Enfermagem, Doação de órgãos, transplante de órgãos, papel do enfermeiro							
Resumo: A doação de órgãos e tecidos para transplante está sendo utilizada para o tratamento de uma ampla gama de afecções. A estrutura do sistema brasileiro de transplante fundamenta-se na procura por potenciais doadores e, neste contexto, as Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHOTT) desempenham um papel importante na obtenção de órgãos por meio da busca ativa de potenciais doadores. Entre os integrantes da CIHOTT, encontra-se o enfermeiro, que tem suma importância no processo de doação e transplante de órgãos. O estudo objetiva conhecer o papel do enfermeiro como membro de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - CIHOTT. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. Será realizada com enfermeiros atuantes em CIHOTT de cinco hospitais de Porto Alegre, selecionados por meio de critérios de inclusão e exclusão. Os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada, durante o período primeiro semestre de 2014. Após os dados serão analisados com base no referencial de análise de conteúdo temático. Espera-se que o estudo possa contribuir com a ampliação do conhecimento sobre o tema.							
Observação:							
Participantes							
Matrícula	Nome	Vínculo Institucional	Função	Bolsa	C. Horária (semanal)	Data Inicial	Data Final
201361700	FERNANDO TOLFO	Aluno de Pós-graduação	Participante		2 horas	11/01/2014	11/09/2015
7382871	SILVIANAR CAMPOGGARA	Docente	Orientador		2 horas	11/01/2014	11/09/2015
Unidades vinculadas ao projeto							
Unidade	Função	Valor					
04.33.00 - DEPTO. ENFERMAGEM - EFM	Responsável						
Classificações							
Classificação	Item da classificação						
Classificação CNPq	4.04.00.00.0 - ENFERMAGEM						
Linha de pesquisa	02.00.00 - SAÚDE						
Quanto ao tipo de projeto de pesquisa	2.01 - Projeto de Pesquisa Pura						
Página: 1							

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM		Data: 11/12/2013	
1.2.1.20.1.01 Projetos na Integra		Hora: 09:55	
			
Nome do arquivo	Tipo	Incluido em	
Projeto de Pesquisa Fernando Tofo A*ljira versAe.docx	Plano do Projeto	11/12/2013	
Endereço de origem	UF	Data inicial	Data final
	RS	11/01/2014	11/09/2015
Cidade	País	Início previsto	Final efetivo
Porto Alegre	Brasil		
Atividades	Início previsto	Início efetivo	Final efetivo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: PAPEL DO ENFERMEIRO

Pesquisador: SILVIAMAR CAMPONOGARA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26163113.9.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 513.039

Data da Relatoria: 14/01/2014

Apresentação do Projeto:

A doação de órgãos e tecidos para transplante está sendo utilizada para o tratamento de uma ampla gama de afecções. A estrutura do sistema brasileiro de transplante fundamenta-se na procura por potenciais doadores e, neste contexto, as Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) desempenham um papel importante na obtenção de órgãos por meio da busca ativa de potenciais doadores. Entre os integrantes da CIHDOTT, encontra-se o enfermeiro, que tem suma importância no processo de doação e transplante de órgãos. O estudo objetiva conhecer o papel do enfermeiro como membro de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes à CIHDOTT. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. Será realizada com enfermeiros atuantes em CIHDOTT de cinco hospitais de Porto Alegre, selecionados por meio de critérios de inclusão e exclusão. Os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada, durante o período primeiro semestre de 2014. Após os dados serão analisados com base no referencial de análise de conteúdo temático.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer o papel do enfermeiro na comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 513.039

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não traz riscos físicos aos sujeitos, porém no decorrer da entrevista o participante poderá apresentar desconforto emocional, e caso isso aconteça o entrevistador poderá interromper a entrevista, caso o entrevistado deseje e encaminhá-lo para atendimento especializado, se houver interesse. O estudo não causará benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa, porém reflexões sobre os conhecimentos produzidos pelos profissionais, através do emprego de seus saberes provenientes de referenciais bibliográficos e experiências oriundas da prática, poderão possibilitar aos sujeitos reconhecimentos sobre a importância de seu trabalho. Outro benefício está, relacionado aos resultados dessa pesquisa que, após, publicados, acarretarão benefícios para a sociedade acadêmica e sociedade civil, no sentido de oferecer embasamento para os profissionais e gestores, sobre o que permeia o papel do enfermeiro nas CIHDOTT.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo conhecer o papel do enfermeiro na comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Será realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. Para realização deste estudo foram escolhidos, os hospitais de Porto Alegre, que tiverem em seu estabelecimento as CIHDOTTs registradas no Ministério da Saúde, conforme Portaria nº. 2.600 de 21 de outubro de 2009. Os hospitais selecionados foram os seguintes: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Mãe de Deus, Hospital Dom Vicente Scherer, e Hospital Cristo Redentor. A população do estudo está constituída por 14 enfermeiros, distribuídos nos hospitais que serão cenário do estudo, vinculados ao serviço de CIHDOTT. Estima-se entrevistar a totalidade dos sujeitos. Adotar-se-á uma entrevista tipo semiestruturada. A participação dos sujeitos na pesquisa consistirá em uma entrevista, em horário e local previamente definidos, onde se abordará alguns aspectos relacionados ao seu cotidiano de trabalho. Os depoimentos serão registrados por meio de gravadores de voz, a fim de garantir a fidedignidade das colocações e auxiliar na análise dos dados. Em nenhum momento os sujeitos terão sua identidade revelada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E 

Continuação do Parecer: 513.039

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:



SANTA MARIA, 21 de Janeiro de 2014

Assinador por:

**Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)**

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



1. Projeto de Pesquisa: COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: PAPEL DO ENFERMEIRO		2. Número de Participantes da Pesquisa: 14	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: SILVIAMAR CAMPOGARA			
6. CPF: 664.336.140-00		7. Endereço (Rua, n.º): VISCONDE DE PELOTAS, 1230 NOSSA SENHORA DE FÁTIMA 201 SANTA MARIA RIO GRANDE DO SUL 97015140	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (55) 3222-3899	10. Outro Telefone:
		11. Email: silviaufsm@yahoo.com.br	
12. Cargo: <u>PROFESSOR</u>			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>18, 12, 2013</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa		14. CNPJ: 95.591.764/0001-05	15. Unidade/Orgão:
16. Telefone: (55) 3220-9362		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>ELIANE TATSCH NEVES</u>		CPF: <u>663.040.330-00</u>	
Cargo/Função: <u>DOCENTE / COORD. CURSO</u>			
Data: <u>18, 12, 2013</u>		 Assinatura <u>Prof.ª Dr.ª Eliane Tatsch Neves</u> Coordenadora Curso de Enfermagem GGE - UFSM	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

Santa Maria, Outubro de 2013.

SOLICITAÇÃO DE ACEITE PARA PESQUISA

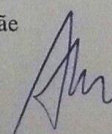
Prezado Sr. Coordenador de Comissão Intra-hospitalar de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplante - CIHDOTT

Eu, Fernando Tolfo, enfermeiro, mestrando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, sob orientação da Prof. Dra. Silviamar Camponogara. Venho por intermédio deste, solicitar a Vossa Senhoria a autorização para realização de pesquisa qualitativa com os enfermeiros de CIHDOTT do Hospital Cristo Redentor.

Tal pesquisa intitulada "O PAPEL DO ENFERMEIRO COMO MEMBRO DE COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE", tem como objetivo geral conhecer a atuação dos enfermeiros como membro de comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes, e objetivos específicos desvelar o papel do enfermeiro em CIHDOTTs; evidenciar as percepções dos enfermeiros quanto a sua atuação em CIHDOTTs; apontar as dificuldades e/ou facilidades enfrentadas pelo enfermeiro quanto membro de CIHDOTT;

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de natureza básica, de caráter exploratório e descritivo. Minayo et al (2005) afirmam que, na investigação por método qualitativo, são trabalhadas atitudes, crenças, comportamentos e ações dos indivíduos pesquisados, procurando-se entender o ser humano em suas relações com o mundo. Nesse sentido, aponta-se para a convergência entre a abordagem qualitativa e o estudo proposto, tendo em vista a intenção de perscrutar a visão dos enfermeiros atuantes em CIHDOTTs sobre o assunto.

Foram escolhidos os hospitais de Porto Alegre, que tiverem em seu estabelecimento as CIHDOTTs registradas no Ministério da Saúde, conforme Portaria N. 2.600 de 21 de outubro de 2009. Os hospitais selecionados foram os seguintes: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica – PUC de Porto Alegre, Hospital Mãe

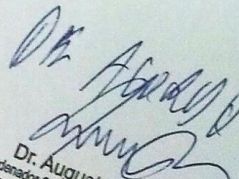


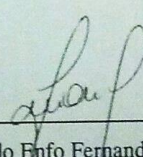
de Deus, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e **Hospital Cristo Redentor**.

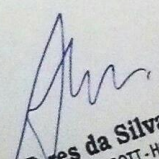
Esta pesquisa obedecerá a Resolução 466/12, regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde/CNS, o qual normatiza e autoriza a pesquisa em seres humanos. Será registrado no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Posteriormente, será encaminhado para avaliação e tramitação nos Órgãos administrativos ou competentes dos Cenários a serem investigados, afim de obter-se autorização institucional. Após a aprovação, será encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria, onde será solicitada a autorização para a execução. Durante o processo de trâmites pelas instâncias legais da aprovação do projeto, o pesquisador buscará formas de manter contato com os cenários no sentido de familiarização, o que facilitará a entrevista posteriormente.

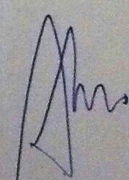
Após a aprovação do projeto os participantes da pesquisa, saberão seus objetivos, será informado os seus direitos quanto ao anonimato e proteção da imagem, e também quanto ao direito de recusar-se a participar da pesquisa, ou a retirar o consentimento em qualquer momento da mesma sem que disto lhe resulte em algum prejuízo, conforme os preceitos da Resolução 466/12 (BRASIL,2012).

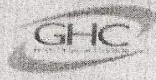
Certo de sua compreensão.


Dr. Augusto Capelletti
Coordenador Captação Órgãos Transplantes
Gerência Intenções Emergenciais (G-)


Mdo Enfo Fernando Tolfo


Alex Pires da Silva
Vice-Presidente da CIHDOTT - HCR
COREN - RS 114011


Porto Alegre, 11 DE OUTUBRO DE 2013.



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE S.A.
 Av. Itália km. 9/6
 CEP 91501-900 - Porto Alegre - RS
 Fone: 3362.3300
 CNPJ: 02.981.080/0001-00

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE S.A.
 (Hospital de Clínicas de Porto Alegre)
 Hospital de Clínicas de Porto Alegre S.A.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE S.A.
 Av. Itália km. 9/6
 CEP 91501-900 - Porto Alegre - RS
 Fone: 3362.3300
 CNPJ: 02.981.080/0001-00

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE S.A.
 Av. Itália km. 9/6
 CEP 91501-900 - Porto Alegre - RS
 Fone: 3362.3300
 CNPJ: 02.981.080/0001-00

303

Vinculados ao Ministério da Saúde - Decisão nº 09.214/99

TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR/SERVIÇO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA NO GHC

Ref.: Projeto de pesquisa intitulado: Papel do Enfermeiro como membro de comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos.

Eu, FERNANDA ZANOTO KRAEMER, responsável pelo setor/serviço COORDENAÇÃO ENFERMAGEM HCL, tenho ciência do protocolo/projeto de pesquisa supracitado, desenvolvido por Fernando Tolfo, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, 28 de Outubro de 2013.

Enfª Fernanda Z. Kraemer
 Coord. de Enfermagem - HCR
 COREN 123904

Fernanda Z. Kraemer
 Assinatura do Chefe do Serviço

Carimbo:

Obs.: Este documento não autoriza o início da realização da pesquisa, pois trata-se de requisito exigido pelo CEP-GHC para apreciação ética do projeto de pesquisa. A finalidade é atestar se a pesquisa não interferirá negativamente no desenvolvimento no trabalho do serviço.

Apêndice B: Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: “O Papel do Enfermeiro como Membro de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos - CIHDOTT”.

Pesquisador responsável: Enfa Profa Dra Silviamar Camponogara.

Mestrando responsável: Enfo Fernando Tolfo.

Instituição/Departamento: Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSM.

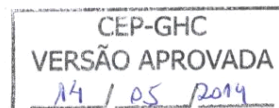
Contatos: E-mail: fernandotolfo@gmail.com

(55) 3220-8263 – E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br

Prezado Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário da pesquisa intitulada “O PAPEL DO ENFERMEIRO COMO MEMBRO DE COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS - CIHDOTT”, cujos objetivos são: Conhecer o papel dos enfermeiros como membro de comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes, evidenciar as percepções dos enfermeiros quanto ao seu papel em CIHDOTTs; apontar as dificuldades e/ou facilidades enfrentadas pelo enfermeiro quanto membro de CIHDOTT. O referido estudo integra o Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

Você precisa decidir se quer participar ou não. Leia cuidadosamente o que se segue e qualquer dúvida que tiver poderá esclarecê-la com o Mestrando Fernando Tolfo. Somente após ter recebido todas as informações necessárias, e no caso de aceitar fazer parte do estudo,



assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

♦ A sua participação nessa pesquisa consistirá em uma entrevista, realizada pelo Mestrando Fernando Tolfo, em horário e local previamente agendados, na qual se abordará alguns aspectos relacionados ao seu cotidiano de trabalho. Os seus depoimentos serão registrados por meio de instrumento gravadores de voz a fim de garantir a fidedignidade das colocações e auxiliar na análise dos dados. Em nenhum momento você terá sua identidade revelada, para isso todos os sujeitos participantes da pesquisa receberão um código como E1, E2, E3 aleatoriamente. Também não será identificada a instituição em que atua. O tempo dispendido para a realização da entrevista será de aproximadamente 40 minutos.


♦ Todo o material produzido a partir da coleta de dados será de uso exclusivamente científico para a área da saúde e da Enfermagem e deverá compor um banco de dados, mantidos em CD, sob a responsabilidade da En^ª Prof^ª Dr^ª Silviamar Camponogara na sala nº 1339 do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, por um período de 5 anos, e após o(s) CD(s) serão destruídos danificando a mídia seriamente.

♦ Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas por meio de nossos telefones e e-mails acima descritos. Nenhum dos sujeitos integrantes desta pesquisa terá algum ônus com a sua participação.

♦ A participação nessa pesquisa não representará qualquer risco de ordem física para você, entretanto, poderá ocasionar desconforto psicológico, uma vez que propõe uma reflexão sobre o seu cotidiano de trabalho. Caso isso venha a acontecer comunique o pesquisador, para que sejam realizados os encaminhamentos para os setores de psicologia previamente contatados. E será atendido pelo psicólogo plantonista, de acordo com a instituição onde atua: Hospital Cristo Redentor, pelo telefone (51) 3357 4124 no Setor de Psicologia. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo telefone (51) 3259 8222 no Serviço de Medicina Ocupacional, e no Complexo Hospitalar Mãe de Deus no telefone (51) 3230 2035 no Setor de Medicina do Trabalho.

Versão Aprovada em

1^ª de MAIO 2014


Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP-GHC

♦ Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

♦ Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com:

- **Universidade Federal de Santa Maria - UFSM:** Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone:(55)3220-9362 – Fax: (55)3220-8009. Web: www.ufsm.br/cep. E-mail: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. e/ou;

- **Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA** - Comitê de Ética em Pesquisa – Bairro Bom Fim, Rua Ramiro Barcelos 2350 sala 2227 F – CEP 90035-903 – Porto Alegre – RS – Telefone (51) 33597640 – Fax (51) 33597640 – E-mail cephcpa@hcpa.ufrgs.br e/ou;

- **Grupo Hospitalar Conceição – GHC** - Comitê de Ética em Pesquisa – Bairro Cristo Redentor – Rua Francisco Trein, 596 – Bolco H, 3º Andar – Escola GHC (HNSC), sala 11 – Porto Alegre – RS. Telefone (51) 3357-2407 – Fax (51) 3357-2407 – E-mail: cep-ghc@ghc.com.br, e/ou;

- **Universidade Corporativa Mãe de Deus – UCMD** - Comitê de ética em Pesquisa. Rua José de Alencar, 286 – Bairro Menino Deus – CEP 90880-480 – Porto Alegre – RS – Telefone: (51) 3230 6087 – E-mail: cep.umcd@maededeus.com.br.

_____, ____ de _____ de 2014.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

NOME DO PARTICIPANTE

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Versão Aprovada em

13 MAIO 2014


Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador geral do CEP-GHC

NOME DO ENTREVISTADOR

ASSINATURA DO ENTREVISTADOR

_____, _____, de _____ de 2014.

Pesquisador responsável
Silviamar Camponogara

Mestrando Pesquisador
Fernando Tolfo

Versão Aprovada em

13 MAIO 2014


Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do GEP-GHC



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trevis, 159
CEP 91320-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubião, 20
CEP 91040-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.4100
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FÊMINEA S.A.
Rua Mostardelo, 17
CEP 91420-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.5200
CNPJ: 92.693.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária realizada em 14 de maio de 2014, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 14-011

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

FERNANDO TOLFO
SILVIAMAR CAMPOGARA

Título: Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante: papel do enfermeiro.

Documentação: Aprovada
Aspectos Metodológicos: Adequados
Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO neste CEP.

Porto Alegre, 14 de maio de 2014.

Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP-GHC



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE - RS



GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Declaração de Participação como Instituição Coparticipante

Declaramos, para os devidos fins, que temos ciência da inclusão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) como Instituição Coparticipante no projeto de pesquisa "*Papel do enfermeiro como membro de comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos*", que tem como pesquisador responsável Prof. *Silviamar Camponogara*, da instituição *Universidade Federal de Santa Maria*.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre somente autoriza a realização de projetos de pesquisa após a sua avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP – HCPA) e a sua comprovada adequação às Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos regulatórios.

Porto Alegre, 28 de outubro de 2013.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenador do CEP/HCPA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: PAPEL DO ENFERMEIRO

Pesquisador: SILVIAMAR CAMPONOGARA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26163113.9.3003.5530

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 624.709

Data da Relatoria: 09/04/2014

Apresentação do Projeto:

Dissertação de Mestrado de um aluno de Santa Maria. Pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. O estudo objetiva conhecer o papel do enfermeiro como membro de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - CIHDOTT. Será realizada uma entrevista semiestruturada.

A população do estudo está constituída por 14 enfermeiros, distribuídos nos 5 hospitais da capital, vinculados ao serviço de CIHDOTT. Estima-se entrevistar a totalidade dos sujeitos.

Seleção dos Hospitais: Hospital Conceição, Hospital Santa Casa (Dom Vicente Scherer), Hospital Mãe de Deus, Hospital São Lucas e Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Cinco hospitais de Porto Alegre. Serão selecionados somente os enfermeiros que trabalham no CIHDOTT.

Os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada. Os dados serão analisados com base no referencial de análise de conteúdo temático.

Pesquisador apresenta Emenda 1 em 17/03/2014 em resposta ao Parecer 534.485.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (513)359--7640 **Fax:** (513)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 624.709

Conhecer o papel do enfermeiro na comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Objetivos Específicos

Aprender as percepções dos enfermeiros com relação ao seu papel em CIHDOTTs;

Apontar as dificuldades e/ou facilidades enfrentadas pelo enfermeiro como membro de CIHDOTT.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCO: A pesquisa não apresenta riscos físicos aos sujeitos, porém no decorrer da entrevista o participante poderá apresentar desconforto emocional, e caso isso aconteça o entrevistador poderá interromper a entrevista, caso o entrevistado deseje e encaminhá-lo para atendimento especializado, se houver interesse.

BENEFÍCIOS: O estudo não causará benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa, porém reflexões sobre os conhecimentos produzidos pelos profissionais, através do emprego de seus saberes provenientes de referenciais bibliográficos e experiências oriundas da prática, poderão possibilitar aos sujeitos reconhecimentos sobre a importância de seu trabalho. Outro benefício está, relacionado aos resultados dessa pesquisa que, após, publicados, acarretarão benefícios para a sociedade acadêmica e sociedade civil, no sentido de oferecer embasamento para os profissionais e gestores, sobre o que permeia o papel do enfermeiro nas CIHDOTT.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo muito bem escrito e argumentado.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. Serão incluídas instituições que possuam CIHDOTT em suas dependências devidamente inscritas no Sistema Nacional de Transplantes e estar localizada na Cidade de Porto Alegre. Os participantes da pesquisa serão profissionais enfermeiros, devidamente registrados no Conselho Regional de Enfermagem e que atuam em CIHDOTTs, com no mínimo seis meses de experiência em comissão de doação de órgãos e tecidos para transplante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A nova versão de TCLE apresentada está redigida em linguagem clara e acessível, contendo todos os itens recomendados pelo CEP no parecer anterior e pelas diretrizes vigentes.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)359--7640 **Fax:** (51)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 624.709

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1- Apresentar nova versão do TCLE.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto 11/03/2014, TCLE 11/03/2014 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Os autores deverão preencher o documento de Delegação de Funções para atividades do presente projeto (disponível na página da internet do HCPA - Pesquisa - GPPG - Formulários - Formulário de Delegação de funções para membros de equipe de pesquisa). Uma vez preenchido, o documento deverá ser enviado ao CEP como Notificação, através da Plataforma Brasil.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)359--7640 **Fax:** (51)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

Fechar

+ Dados do Projeto:**+ Parecer:**

COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Sigla:**Resumo Estruturado -
Introdução:**

A doação de órgãos e tecidos para transplante está sendo utilizada para o tratamento de uma ampla gama de afecções. A estrutura do sistema brasileiro de transplante fundamenta-se na procura por potenciais doadores e, neste contexto, as Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) desempenham um papel importante na obtenção de órgãos por meio da busca ativa de potenciais doadores. Entre os integrantes da CIHDOTT, encontra-se o enfermeiro, que tem suma importância no processo de doação e transplante de órgãos.

**Resumo Estruturado -
Objetivos:**

Objetivo Geral Conhecer o papel do enfermeiro na comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Objetivos Específicos Aprender as percepções dos enfermeiros com relação ao seu papel em CIHDOTTs; Apontar as dificuldades e/ou facilidades enfrentadas pelo enfermeiro como membro de CIHDOTT.

**Resumo Estruturado -
Método:**

Tipo de estudo: Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. Cenário: Para realização deste estudo foram escolhidos, os hospitais de Porto Alegre, que tiverem em seu estabelecimento as CIHDOTTs registradas no Ministério da Saúde, conforme Portaria nº. 2.600 de 21 de outubro de 2009. Os hospitais selecionados foram os seguintes: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Mãe de Deus, Hospital Dom Vicente Scherer, e Hospital Cristo Redentor. As instituições foram submetidas aos seguintes critérios de inclusão: possuir CIHDOTT em suas dependências devidamente inscritas no Sistema Nacional de Transplantes e estar localizada na Cidade de Porto Alegre. Constituíram-se em critérios de exclusão: hospitais que são apenas transplantadores, hospitais com os quais não foi possível contato por telefone e e-mails e dificuldades na obtenção de autorização institucional para realização do estudo. Sujeitos: Para tanto, constituem-se em critérios de inclusão: ser profissionais enfermeiros, devidamente registrados no Conselho Regional de Enfermagem e que atuam em CIHDOTTs, com no mínimo seis meses de experiência em comissão de doação de órgãos e tecidos para transplante. Os critérios de exclusão são os enfermeiros membro de comissão intra-hospitalar de doação de órgãos para transplante que estejam em laudo para tratamento de saúde ou outros afastamentos, durante o período de coleta de dados. A população do estudo está constituída por 14 enfermeiros. Coleta de dados: Adotar-se-á uma entrevista tipo semiestruturada que é um dos meios mais utilizados para coleta de dados nas áreas sociais e consiste em obter informações sobre o que os sujeitos sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como explicações ou razões acerca disso. Além disso, a entrevista é o procedimento mais usual na pesquisa de campo, que procura obter informações por meio do depoimento dos entrevistado. Análise dos dados: A análise dos dados será realizada com base na análise de conteúdo temático de Minayo, Aspectos éticos: Os aspectos éticos que envolvem a investigação com seres humanos, são fundamentados pela resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012, e que devem ser respeitados durante todo o trâmite da pesquisa.

Usuário**Responsável:**

Silviamar Camponogara

Identificador GPPG:

14/0286

Data de Entrega do**Projeto:**

15/05/2014

Avaliador:

Financeiro GPPG

Decisão:

De Acordo

Área:

Financeiro GPPG

Status Parecer:

Validado

Comentários gerais sobre o projeto:

Orçamento aprovado, custeio sob responsabilidade do PESQUISADOR.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 624.709

PORTO ALEGRE, 24 de Abril de 2014

Assinador por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)359--7640 **Fax:** (51)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

Fechar

+ Dados do Projeto:**+ Parecer:**

COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Sigla:**Resumo Estruturado -
Introdução:**

A doação de órgãos e tecidos para transplante está sendo utilizada para o tratamento de uma ampla gama de afecções. A estrutura do sistema brasileiro de transplante fundamenta-se na procura por potenciais doadores e, neste contexto, as Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) desempenham um papel importante na obtenção de órgãos por meio da busca ativa de potenciais doadores. Entre os integrantes da CIHDOTT, encontra-se o enfermeiro, que tem suma importância no processo de doação e transplante de órgãos.

**Resumo Estruturado -
Objetivos:**

Objetivo Geral Conhecer o papel do enfermeiro na comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Objetivos Específicos Aprender as percepções dos enfermeiros com relação ao seu papel em CIHDOTTs; Apontar as dificuldades e/ou facilidades enfrentadas pelo enfermeiro como membro de CIHDOTT.

**Resumo Estruturado -
Método:**

Tipo de estudo: Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. Cenário: Para realização deste estudo foram escolhidos, os hospitais de Porto Alegre, que tiverem em seu estabelecimento as CIHDOTTs registradas no Ministério da Saúde, conforme Portaria nº. 2.600 de 21 de outubro de 2009. Os hospitais selecionados foram os seguintes: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Mãe de Deus, Hospital Dom Vicente Scherer, e Hospital Cristo Redentor. As instituições foram submetidas aos seguintes critérios de inclusão: possuir CIHDOTT em suas dependências devidamente inscritas no Sistema Nacional de Transplantes e estar localizada na Cidade de Porto Alegre. Constituíram-se em critérios de exclusão: hospitais que são apenas transplantadores, hospitais com os quais não foi possível contato por telefone e e-mails e dificuldades na obtenção de autorização institucional para realização do estudo. Sujeitos: Para tanto, constituem-se em critérios de inclusão: ser profissionais enfermeiros, devidamente registrados no Conselho Regional de Enfermagem e que atuam em CIHDOTTs, com no mínimo seis meses de experiência em comissão de doação de órgãos e tecidos para transplante. Os critérios de exclusão são os enfermeiros membro de comissão intra-hospitalar de doação de órgãos para transplante que estejam em laudo para tratamento de saúde ou outros afastamentos, durante o período de coleta de dados. A população do estudo está constituída por 14 enfermeiros. Coleta de dados: Adotar-se-á uma entrevista tipo semiestruturada que é um dos meios mais utilizados para coleta de dados nas áreas sociais e consiste em obter informações sobre o que os sujeitos sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como explicações ou razões acerca disso. Além disso, a entrevista é o procedimento mais usual na pesquisa de campo, que procura obter informações por meio do depoimento dos entrevistado. Análise dos dados: A análise dos dados será realizada com base na análise de conteúdo temático de Minayo, Aspectos éticos: Os aspectos éticos que envolvem a investigação com seres humanos, são fundamentados pela resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012, e que devem ser respeitados durante todo o trâmite da pesquisa.

Usuário**Responsável:**

Silviamar Camponogara

Identificador GPPG:

14/0286

Data de Entrega do**Projeto:**

15/05/2014

Avaliador:

Serviço de Medicina Ocupacional

Decisão:

De Acordo

Área:

Serviço de Medicina Ocupacional

Status Parecer:

Validado

Comentários gerais sobre o projeto:

APROVADO.

Porto Alegre, 22 de novembro ____ de 2013.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Eu, Rogerio Obregon de Mattos , responsável pelo setor transplantes do Hospital Hospital Mãe de Deus declaro que tenho conhecimento do projeto de pesquisa intitulado PAPEL DO ENFERMEIRO COMO MEMBRO DE COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS desenvolvido pelo(s) pesquisador(es) Fernando Tolfo . Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas no setor o qual represento.

A referida pesquisa será realizada no Hospital Mãe de Deus e só poderá iniciar a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus, em conformidade com a Resolução 466/12.

Atenciosamente,



Dr. Rogerio Obregon de Mattos
Coordenador da CIHDOTT'S do SSMD

Dr. Rogério Obregon de Mattos
 CREMERS 22392 CPF: 501.435.570.08
CIHDOTT

Hospital Mãe de Deus

Rua José de Alencar, 286 - Menino Deus - Porto Alegre - RS

HOSPITAL MÃE DE DEUS /
SOCIEDADE EDUCADORA E
BENEFICENTE DO SUL - SEBS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: PAPEL DO ENFERMEIRO

Pesquisador: SILVIAMAR CAMPONOGARA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26163113.9.3002.5328

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 613.001

Data da Relatoria: 10/04/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação apresentado ao curso do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM,RS). Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer o papel do enfermeiro na comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Objetivo Secundário:

Apreender as percepções dos enfermeiros com relação ao seu papel em CIHDOTTs;Apontar as dificuldades e/ou facilidades enfrentadas pelo enfermeiro como membro de CIHDOTT.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não traz riscos físicos aos sujeitos, porém no decorrer da entrevista o participante poderá apresentar desconforto emocional, e caso isso aconteça o entrevistador poderá interromper a entrevista, caso o entrevistado deseje e encaminhá-lo para atendimento especializado, se houver interesse.

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286

Bairro: MENINO DEUS

CEP: 90.880-480

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3230-6087

Fax: (51)3230-2032

E-mail: cep.ucmd@maededeus.com.br

HOSPITAL MÃE DE DEUS /
SOCIEDADE EDUCADORA E
BENEFICENTE DO SUL - SEBS



Continuação do Parecer: 613.001

Benefícios:

O estudo não causará benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa, porém reflexões sobre os conhecimentos produzidos pelos profissionais, através do emprego de seus saberes provenientes de referenciais bibliográficos e experiências oriundas da prática, poderão possibilitar aos sujeitos reconhecimentos sobre a importância de seu trabalho. Outro benefício está, relacionado aos resultados dessa pesquisa que, após, publicados, acarretarão benefícios para a sociedade acadêmica e sociedade civil, no sentido de oferecer embasamento para os profissionais e gestores, sobre o que permeia o papel do enfermeiro nas CIHDOTT.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Acho importante, pois acarretará um olhar mais profundo sobre as práticas da enfermagem o que conduzirá a um aprofundamento teórico para os profissionais e gestores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos apresentados estão adequados eticamente.

Recomendações:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da legislação vigente, em especial da resolução CNS 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa deverá receber notificação de eventos adversos e relatórios periódicos sobre o andamento do estudo (formulários disponíveis no site <http://www.maededeus.com.br/2010/Universidade/Projetos.aspx>), bem como a qualquer tempo e a critério o pesquisados nos casos de relevância, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. No caso em que seja preciso, posteriormente, ser apresentado ao nosso Comitê uma mudança substancial para o protocolo, envie-nos a versão do novo protocolo ou do formulário de consentimento, indicando de forma facilmente visível (em negrito, em itálico na cor ou sublinhado mostrando a antiga e a nova versão) as alterações propostas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em função disso, o Comitê de Ética em Pesquisa e CEP, do Hospital Mãe de Deus, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela Aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286
Bairro: MENINO DEUS CEP: 90.880-480
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3230-6087 Fax: (51)3230-2032 E-mail: cep.ucmd@maededeus.com.br

HOSPITAL MÃE DE DEUS /
SOCIEDADE EDUCADORA E
BENEFICENTE DO SUL - SEBS



Continuação do Parecer: 613.001

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 11 de Abril de 2014

Assinador por:
ANDRÉ JOBIM DE AZEVEDO
(Coordenador)

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286
Bairro: MENINO DEUS **CEP:** 90.880-480
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3230-6087 **Fax:** (51)3230-2032 **E-mail:** cep.ucmd@maededeus.com.br

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA RESPONSÁVEL

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da ISCMPA

Prezados Senhores:

Declaro que tenho conhecimento e autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado **“Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos: Papel do Enfermeiro”** proposto pelos pesquisadores:

Profª. Dra. Enfa. Silviamar Camponogara;

Mestrando Enf. Fernando Tolfo.

O referido projeto será realizado na Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes do Hospital Dom Vicente Scherer, e só poderá ser iniciado a partir da apresentação do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da ISCMPA.

Atenciosamente,

VALTER DURO GARCIA

Nome

COORDENADOR HOSPITALAR DE TRANSPLANTE

Cargo

Assinatura

Valter Duro Garcia



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Rua Prof. Annes Dias, 285 - Telefone Geral: (51) 3214.8080 - Fax Geral: (51) 3214.8585
 CEP 90020-090 - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - CNPJ 92815000/0001-68
 Site : www.santacasa.org.br - E-mail: marketing@santacasa.tche.br



Compromisso com a excelência

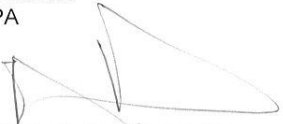
Declaração de participação como Instituição coparticipante

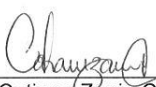
Declaramos para os devidos fins, que temos ciência da inclusão da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre como Instituição coparticipante no projeto de pesquisa "Papel do enfermeiro como membro de comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos", que tem como pesquisador responsável o Prof. Silviomar Camponogara, da Instituição Universidade Federal de Santa Maria.

A Santa Casa de Porto Alegre somente autoriza a realização de projetos de pesquisa com funcionários após avaliação e aprovação pelo Comitê Científico de Alinhamento de Pesquisa (CCAP / ISCMPA).

Porto Alegre, 04 de novembro de 2013.


 Jorge Lima Hetzel
 Diretor Médico
 ISCMPA


 Maria Beatriz Mostardeiro Targa
 Diretora de Ensino e Pesquisa
 ISCMPA


 Catiane Zanin Cabral
 Chefia/Unidade de Pesquisa
 ISCMPA



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Rua Prof. Annes Dias, 285 - Telefone Geral: (51) 3214.8080 - Fax Geral: (51) 3214.8585
 CEP: 90020-690 - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - CNPJ 92815000/0001-68
 Site: www.santacasa.org.br - E-mail: marketing@santacasa.br



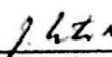
Compromisso com a excelência

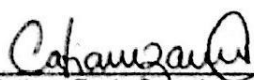
Porto Alegre, 20 de fevereiro de 2014.

Ref: "Estudo Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante: papel do enfermeiro"

Pesquisador(a): Silviomar Camponogara

Pelo presente instrumento, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (doravante denominada Instituição Pesquisadora) informa que o estudo acima citado está cadastrado na Unidade de Pesquisa e por consenso da Direção foi devidamente aprovado para realização nesta Instituição.


 Jorge Lima Hetzel
 Diretor Médico
 ISCMPA


 Catiane Zanin Cabral
 Chefe/Unidade de Pesquisa
 ISCMPA