



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

ANDRÉA MARIA PEDROSA GOMES

**A ENFERMAGEM E A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA ANÁLISE QUALITATIVA DO
PROCESSO DE TRABALHO NO HOSPITAL CRISTO REDENTOR EM PORTO
ALEGRE/RS**

PORTO ALEGRE

2021



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

ANDRÉA MARIA PEDROSA GOMES

**A ENFERMAGEM E A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA ANÁLISE QUALITATIVA DO
PROCESSO DE TRABALHO NO HOSPITAL CRISTO REDENTOR EM PORTO
ALEGRE/RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristine Maria Warmling.

PORTO ALEGRE

2021



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Evelise Rigone de Faria

Prof. Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva

Prof^a. Dr^a. Maristela Vargas Losekkan



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS

ATA DE APROVAÇÃO
(versão final - após defesa)



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Aba. Meu propósito eterno, meu refúgio, meu consolo, meu salvador.

Aos meus pais Silene e Walmir, as minhas irmãs Cibelle e Arícia e ao meu mano Júnior. Sempre contentes com minha disposição em estudar e acharem isso o máximo, o que me motiva a continuar minha busca de aprimoramento profissional.

À minha costela Rafael, meu companheiro de vida, meu melhor amigo, sem sua paciência, sua presença, sem seu amor eu não teria chegado até aqui.

Às minhas filhas amadas, minha primogênita Ananda que elaborou o *abstract* e fez a revisão do texto, dedicadíssima em tudo que acredita e a minha caçula Sofia com sua alegria e sua energia. Vocês me fazem querer seguir, vocês me lembram que vale a pena continuar.

Agradeço em especial minha sogra Nara e meu sogro Érico, sempre me apoiando ao ajudarem a cuidar das minhas filhas, ao cuidarem dela vocês cuidam de mim.

À Cristine Maria Warmling, minha orientadora na construção dessa dissertação, por acreditar em mim quando eu não acreditava mais. Cristine foi apoio, afeto, paciência, conhecimento, empatia, foi além do seu papel institucional de orientação. Não a identifico pelos seus títulos porque ela os ultrapassa. Dedico também esse estudo a ela, à Cristine Maria Warmling.

Às enfermeiras e enfermeiros participantes do estudo da emergência e da unidade de terapia intensiva do Hospital Cristo Redentor. Aprender com vocês sobre doação de órgãos ao ouvir seus relatos, ao ficarmos juntos em silêncios cheios de inquietações onde suspiramos por um cuidado de excelência ao paciente potencial doador de órgãos foi um alento para seguir buscando o meu “agir em competência” e concluir esse estudo.

Ao meu time, a turma 3, histórica por ser a primeira turma exclusivamente formada por trabalhadoras e trabalhadores do GHC, por ser a mais divertida, a mais comprometida, a mais afetuosa. “Do mestrado para a vida, forever”.

Ao GHC que me oportunizou essa qualificação através da Gerência de Ensino e Pesquisa, no Programa de Pós Graduação. Sonhei por anos por essa oportunidade.

Às professoras e professores do PPG ATS SUS o meu respeito pela nobre missão de ensinar, à coordenação e à secretaria pelo apoio operacional, disponibilidade e pelo aprendizado nas reuniões da comissão de pós-graduação como representante dos discentes da turma 3.

Um agradecimento especialíssimo a CHIDOTT-HCR, minha eterna comissão, formada por pessoas que me ensinaram a amar e me dedicar à doação de órgãos. Alex, Manoel, Leila, Giovani, Maria Jucelda, Carla, Silvio, Péricles, Vanderléia, Simone, Sayonara, Ester e Capelletti, com vocês nasceu minha paixão e meus primeiros passos como coordenadora intra-hospitalar de transplantes. Seguimos na construção de uma cultura doadora. Minha gratidão.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS

Dedico aos meus pais, Silene e Walmir. Às minhas filhas, Ananda e Sofia. Ao meu companheiro de vida, Rafael.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS

E uma das condições necessárias a pensar certo é não estarmos demasiado certos de nossas certezas.

(Paulo Freire)



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

RESUMO

O Sistema Único de Saúde possui um dos maiores programas público de transplantes de órgãos, tecidos e células do mundo, mas no dia a dia, na realidade dos serviços que atuam na captação de doadores são inúmeras as dificuldades e em especial, neste ano de 2020, devido à pandemia da Covid-19. O Hospital Cristo Redentor, situado em Porto Alegre no estado do Rio Grande do Sul é um dos três hospitais referência no atendimento de vítimas de trauma e doenças neurovasculares com grande potencial para evoluírem para um quadro de morte encefálica e tornarem-se potenciais doadores de órgãos. Com o objetivo principal de compreender como os profissionais de enfermagem atuam na doação de órgãos no Hospital Cristo Redentor, em Porto Alegre/RS, propõe-se um Estudo de Caso do tipo holístico com uma unidade de análise, múltiplos casos e com abordagem qualitativa. Os cenários do estudo foram a Emergência e a Unidade de Terapia Intensiva do referido hospital, onde atuam 40 enfermeiras. O critério de inclusão foi trabalhar na equipe de enfermagem há pelo menos dois anos nos setores indicados e como critério de exclusão, nunca ter participado de um processo de diagnóstico de morte encefálica. Com as participantes foram realizadas entrevistas aprofundadas de em média trinta minutos, gravadas em áudio e guiadas por um roteiro baseado nas seis dimensões do “agir em competência” da Ergologia (protocolos, realidade, renormalização, “uso de si por si”, debate de valores e trabalho em equipe). A saturação teórica definiu a finalização da produção de dados. A análise, após as transcrições, foi realizada por meio da Análise Textual Discursiva, que compreende um conjunto de técnicas interpretativas para descrever as práticas discursivas sobre o papel das enfermeiras na doação de órgãos de pacientes críticos em ambientes hospitalares. Os resultados apontaram que não há um reconhecimento de protocolos institucionalizados para a doação de órgãos e transplantes na instituição analisada. A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, no entanto, constitui-se como referência institucional na orientação do processo de doação de órgãos. A divisão de trabalho das equipes de saúde provoca a dependência das enfermeiras da categoria profissional dos médicos para

iniciativas e dinâmicas de abertura e continuidade de processos de doação junto aos pacientes atendidos e comunicação entre equipes e trabalhadores torna-se ponto chave nesse sentido. Valores das enfermeiras de como percebem o mundo do trabalho permeiam escolhas e implicações nas atividades de doação de órgãos. O estudo, ao compreender práticas profissionais de enfermeiras que trabalham nas áreas críticas com potenciais doadores de órgãos, contribui para o delineamento de futuros processos de gestão e educação permanente nesses ambientes.

Palavras-chave: Doação de Tecidos e Órgãos, Enfermagem, Tecnologia, Educação

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) of Brazil has one of the largest public programs for organ, tissue and cell transplants in the world, but on a daily basis, in the reality of services that work to attract donors, there are countless difficulties, especially in this year 2020 due to the Covid-19 pandemic. The Cristo Redentor Hospital, located in Porto Alegre in the state of Rio Grande do Sul is one of the three reference hospitals in the care of trauma victims and neurovascular diseases with great potential to evolve to a scenario of brain death and become potential organ donors. With the main objective of understanding how nursing professionals work in organ donation at Hospital Cristo Redentor, in Porto Alegre / RS, a holistic case study with a unit of analysis, multiple cases and with a qualitative approach is proposed. The scenarios of the study were the Emergency and the Intensive Care Unit of the referred hospital, where 40 nurses work. The inclusion criterion was to have worked in the nursing team for at least two years in the indicated sectors and as an exclusion criterion, never to have participated in a brain death diagnosis process. In-depth interviews lasting an average of thirty minutes were carried out with the participants, recorded on audio and guided by a script based on the six dimensions of “acting in competence” of the Ergology theory (protocols, reality, renormalization, “use of the self”, debate of values and teamwork). Theoretical saturation defined the end of data production. The analysis, after the transcriptions, was made through the Textual Discursive Analysis, which comprises a set of interpretative techniques to describe the discursive practices on the role of nurses in the donation of organs of critically ill patients in hospital environments. The results showed that there is no recognition of institutionalized protocols for organ donation and transplants in the analyzed institution. The Intra-Hospital Commission for Donating Organs and Tissues for Transplants is an institutional reference in guiding the organ donation process. The division of labor of the health teams causes nurses to depend on the professional category of doctors for initiatives and dynamics of opening and continuing donation processes with the patients served, and communication between teams and workers becomes a key point in this regard. Nurses' values of how they perceive the world of work permeate choices and implications in organ donation activities. The study, by understanding the professional practices of nurses who work in critical areas with potential organ donors, contributes to the design of future management and continuing education processes in these environments.

Keywords: Tissue and Organ Donation, Nursing, Technology, Education

SIGLÁRIO

ABTO	Associação Brasileira de Transplantes
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CO2	Gás Carbônico
CCOT	Coordenação de Captação de Órgãos para Transplantes
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIHDOTT	Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CET	Central Estadual de Transplantes
CRENF	Centro de Resultados de Enfermagem
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HCR	Hospital Cristo Redentor
HNSC	Hospital Nossa Senhora de Conceição
ME	Morte Encefálica
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OPO	Organização de Procura de Órgãos
PAM	Pressão Arterial Média
RH	Recursos Humanos
SAME	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Trauma Crânio Encefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
3.1	DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES COMO POLÍTICA PÚBLICA NO SUS	19
3.2	AS ENFERMEIRAS E O PROCESSO DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE	22
3.3	A COMPETÊNCIA NO AGIR PROFISSIONAL DE ENFERMEIRAS NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: O APOIO DE UM <i>CHECKLIST</i> E A SUBJETIVIDADE NO TRABALHO	26
4	METODOLOGIA	31
4.1	TIPO DE ESTUDO	31
4.2	CENÁRIO E PARTICIPANTES DE ESTUDO	31
4.3	PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	32
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	34
5	RESULTADOS	36
6	DISCUSSÃO	49
6.1	OS PROTOCOLOS: O RELATIVO DOMÍNIO DE ALGO CODIFICADO NUMA SITUAÇÃO DE TRABALHO	49
6.2	O DOMÍNIO DA REALIDADE	52
6.3	RENORMALIZAÇÃO: O DOMÍNIO DA DECISÃO PERTINENTE NO MOMENTO CERTO	54
6.4	O “USO DE SI POR SI”	56
6.5	DEBATE DE VALORES: ESPAÇOS E ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO	57
6.6	A SINERGIA COM O COLETIVO: O TRABALHO EM EQUIPE	59
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
	APÊNDICES E ANEXOS	71
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71
	APÊNDICE B – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	73
	APÊNDICE C – <i>CHECKLIST</i> MANUTENÇÃO BÁSICA DO POTENCIAL DOADOR	74

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui o maior programa público de transplantes de órgãos, tecidos e células do mundo, realizando uma ampla política que procura garantir à população brasileira o acesso aos transplantes. Segundo dados divulgados pelo governo federal, o SUS financia cerca de 95% dos transplantes realizados pelo Sistema Nacional de Transplantes (MAIA, 2020). Contudo, ainda que o Brasil tenha desenvolvido o maior sistema público de transplantes do mundo, essa política pública de transplantes vive um contexto de necessidades — no dia a dia, são inúmeras as dificuldades da prática dos transplantes e em especial, neste ano de 2020, devido à pandemia da Covid-19.

No primeiro semestre do ano de 2020 foram realizados no Brasil menos transplantes de órgãos quando comparado ao ano anterior. Com a diminuição de 61% dos procedimentos, cresceram 44,5% as mortes de pessoas cadastradas na fila de espera entre os dois períodos em todo país (FREIRE, 2020). De janeiro a setembro do ano de 2019 foram realizados 20.292 transplantes — no mesmo período do ano de 2020, o número de procedimentos foi de apenas 12.310. Alguns centros de transplantes conseguiram manter suas unidades ativas e livres da Covid-19 e hospitais de grande porte passaram a receber pacientes de centros menores para realizar procedimentos com maior segurança. É preciso destacar que, no país, até setembro de 2020 havia 43.143 pacientes ativos na lista de espera aguardando por transplante, sendo 1.120 pacientes pediátricos (ABTO, 2020).

O processo de doação de órgãos para a realização de transplantes possui robusto amparo legal que lhe garante segurança jurídica e científica, merecendo atenção especial por parte dos gestores e equipes de saúde. Para a avaliação do sistema de transplantes podem ser utilizados desde indicadores que refletem aspectos como capacidade de doação e transplante dos hospitais ou características estruturais que impactam o processo de doação-transplante, até falhas ou causas da perda de potenciais doadores (SIQUEIRA, 2016).

Os pacientes críticos estão mais sujeitos a morte cerebral e podem vir a serem potenciais doadores de órgãos. Considera-se um paciente crítico/grave aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do seu corpo, com comprometimento de um ou mais dos principais

sistemas fisiológicos, com perda da sua auto regulação, necessitando de assistência contínua, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico ou outros (BRASIL, 2011). Cuidados inadequados podem inviabilizar uma doação, tendo em vista as alterações fisiológicas que o dano cerebral provoca no organismo. Uma etapa de extrema importância na doação refere-se à manutenção do potencial doador em morte encefálica, cujo cuidado tem por objetivo manter a viabilidade dos órgãos para transplante (WESTPHAL *et al.*, 2016).

Entre 1 a 4% das pessoas que morrem nos hospitais, e entre 10 e 15% daquelas que morrem em UTI, apresentam o quadro de morte encefálica, sendo consideradas potenciais doadoras de órgãos (D'IMPERIO, 2007). A Emergência e a UTI de hospitais, portanto, são locais do ambiente hospitalar onde pacientes neurocríticos e possíveis potenciais doadores se fazem presentes. A Emergência caracteriza-se como um lugar de passagem da assistência à saúde, quando o usuário do sistema de saúde é acolhido para um atendimento de urgência ou emergência que será executado por uma equipe multiprofissional. O usuário será submetido a exames e procedimentos, com intuito de estabilização e encaminhamento para outros setores que integram a rede assistencial. A UTI difere da emergência e se caracteriza como uma unidade no hospital de monitorização intensa de pacientes considerados mais graves e que exigem maior vigilância e rápido atendimento. Essa unidade atualmente é o local destinado à oferta de suporte avançado de vida ao paciente agudamente enfermo e que tenha chances de sobreviver (RDC, 2010). Na UTI, a enfermagem é a categoria profissional que está mais próxima do potencial doador (FLODEN; FORESBERG, 2009).

Diante da escassez de doadores de órgãos é essencial que pacientes com morte encefálica se tornem doadores efetivos e todos os órgãos doados possam ser transplantados. Porém, para que se mantenha a viabilidade dos órgãos são necessários cuidados específicos ao potencial doador, uma vez que qualquer disfunção é capaz de comprometer sua viabilidade (FERREIRA; COUTINHO; MARTINS, 2015).

Os profissionais de enfermagem possuem papel fundamental no processo de doação de órgãos para transplante e sua atuação envolve todos os processos desde

a identificação, manutenção, doação, captação, até o efetivo transplante dos órgãos doados (TOLFO *et al.*, 2018). Integram tanto a equipe assistencial quanto as equipes transplantadoras e as equipes de procura de órgãos. Algumas atribuições da enfermagem no processo de doação de órgãos são: notificar às Centrais Estaduais de Transplantes (CET) quanto à existência de potenciais doadores, entrevistar o responsável legal do doador e fornecer informações sobre o processo de captação, aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), assim como planejar e implementar ações que visem à otimização de doação e captação de órgãos/tecidos (COFEN, 2004).

Existem avanços na efetivação da doação de órgãos, contudo, falhas na notificação de morte encefálica e no manejo dos órgãos para doação ainda interferem negativamente nesse processo. Aponta-se a relevância da formação de profissionais de saúde envolvidos no processo de doação, desenvolvendo ações que diminuam a perda de potenciais doadores e conseqüentemente elevando a quantidade de doações e reduzindo o sofrimento das pessoas em fila de espera (MENDES, 2012). Porém, como indicado por Hart (2012), os prestadores de cuidados a pacientes críticos não têm sido qualificados para o processo de doação de órgãos. Estudo de revisão bibliográfica em bases de dados *on-line*, no período de 1997 a 2007, apontaram que apesar das enfermeiras serem as profissionais mais próximas dos pacientes neurocríticos, existem lacunas na educação formal sobre doação de órgãos e todo o processo que permeia o tema que precisam ser preenchidas (CICOLO; ROZA; SCHIRMER, 2010).

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), instituição localizada no município de Porto Alegre, é uma empresa pública de direito privado sob controle acionário da União. Está vinculado ao Ministério da Saúde e atua com pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) — por ser o maior complexo hospitalar público da região sul do Brasil, é também referência em captação de órgãos e tecidos para transplantes. O GHC integra quatro unidades hospitalares: o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), o Hospital Fêmeina, o Hospital Criança Conceição e o Hospital Cristo Redentor (HCR). O programa de doação de órgãos do GHC é coordenado pela Coordenação de Captação de Órgãos para Transplantes (CCOT/GHC), mas cada um dos hospitais possui uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). A CIHDOTT é formada por equipes

multidisciplinares com o papel de atuar na interface entre a Central de Transplantes do Estado e o hospital (GHC, 2020; BRASIL, 2006).

O HCR, cenário do GHC escolhido para estudar o processo de doação de órgãos, é um dos três hospitais referência no atendimento ao trauma do estado do Rio Grande do Sul. É especializado em cirurgia do trauma em geral, traumatologia, ortopedia, neurocirurgia, cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia plástica e queimados, possui um total de 264 leitos e é uma das principais instituições de Porto Alegre que atende vítimas de trauma e doenças neurovasculares que tem grande potencial para evoluir a um quadro de morte encefálica — por conseguinte, potenciais doadores de órgãos e tecidos (GHC, 2020).

O breve contexto descrito justifica o objetivo principal do estudo de compreender como as enfermeiras atuam no processo da doação de órgãos na Emergência e na UTI do Hospital Cristo Redentor do Grupo Hospitalar Conceição.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Compreender o agir profissional sobre processos de doação de órgãos para transplantes de enfermeiras que atuam na Emergência e na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Cristo Redentor, em Porto Alegre/RS.

1.2 Objetivos Específicos

- Descrever as seis dimensões ergológicas do agir em competência, (protocolos, realidade, renormalização, “uso de si por si”, debate de valores e trabalho em equipe) de enfermeiras que atuam em processos de doação de órgãos para transplantes.
- Compreender o processo de trabalho sobre doação de órgãos para transplantes de enfermeiras que atuam em áreas de assistência a pacientes críticos (em ventilação mecânica).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Doação de órgãos para transplantes como política pública no SUS

As práticas de transplantes de órgãos iniciaram no Brasil no ano de 1964. No ano de 1968, com a Lei 5.479, estabelece-se a primeira legislação regulamentando transplantes de tecidos, órgãos e tecidos com finalidade terapêutica e científica (BRASIL, 1968). Atualmente, o país possui o maior programa público de transplante de órgãos, tecidos e células do mundo.

No ano de 1997 promulgou-se a Lei 9.434 (BRASIL, 1997), conhecida como a Lei dos Transplantes, que juntamente com a Lei 10.211/01 (BRASIL, 2001) e a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 2173/17 (CFM, 2017), estabelecem as diretrizes para a política nacional de doação e transplante de órgãos e tecidos.

A Lei nº 9.434, de quatro de fevereiro de 1997, conhecida como a Lei dos Transplantes, dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Ela determina que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para diagnóstico de morte encefálica e define como obrigatório, para todos os estabelecimentos de saúde, notificar às centrais estaduais de transplantes o diagnóstico de morte encefálica feito em usuários por eles atendidos (BRASIL, 1997).

O Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017, regulamenta a Lei nº 9.434/97 sobre a disposição anônima e gratuita de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento (BRASIL, 2017). Esse decreto institui o Sistema Nacional de Transplantes e define a estrutura de funcionamento nos âmbitos (nacional, estadual e municipal) e as atribuições em cada instância. O Sistema Nacional de Transplantes abrange em seu âmbito de organização e intervenção: i) as atividades de doação e transplante de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano, a partir de doadores vivos ou falecidos; ii) o conhecimento dos casos de morte encefálica; e iii) a determinação do destino de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano retirados para transplante em qualquer ponto do território nacional (BRASIL, 2017).

O Sistema Nacional de Transplantes é formado por 27 Centrais Estaduais de Transplantes, 13 Câmaras Técnicas Nacionais, 594 estabelecimentos de saúde, 1.420 equipes de transplantes, 574 Comissões Intra-hospitalares de Doações e Transplantes (CIHDOTT) e 68 Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO).

O Decreto número 9175/17 aborda em seus oito capítulos as seguintes temáticas principais: Capítulo II - versa sobre a autorização legal de estabelecimentos de saúde e equipes especializadas; Capítulo III - trata da disposição *post mortem* de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de Transplante ou Enxerto; Capítulo IV - dispõe sobre a doação em vida; Capítulo V - sobre o transplante e o enxerto; Capítulo VI - discorre sobre os doadores e os receptores estrangeiros; Capítulo VII - aborda o plano estadual de doação de transplantes; por fim, o Capítulo VIII apresenta disposições finais (BRASIL, 2017).

No ano 2000 foi sancionada a Resolução nº. 905/GM de 16 de agosto, que determinou a criação das CIHDOTT. Este documento orienta a organização das ações da CIHDOTT a nível hospitalar, apontando que somente os profissionais médicos ou os enfermeiros podem ser Coordenadores de CIHDOTT (BRASIL, 2000). Em 2005, a Portaria nº 1.752/2005 determinou a obrigatoriedade de criação das CIHDOTT em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos.

O Ministério da Saúde estabeleceu com essa portaria a CIHDOTT como instrumento estratégico para aumentar o número de doadores no Brasil, com o objetivo principal de aumentar o número de doadores validando a qualidade dos órgãos doados (BRASIL, 2005; GARCIA, 2013). Em 2006, a portaria nº 1.262 aprovou o regulamento técnico da CIHDOTT, com o objetivo de estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos, possibilitando inserir no ambiente hospitalar uma comissão com amparo técnico e legal para efetivar a proposta de doação e também qualificar os indicadores institucionais (BRASIL, 2006; TOLFO *et al.*, 2018).

Essa legislação foi posteriormente substituída pela Portaria nº 2.600 / 2009, que aprova o regulamento técnico e classificação da CIHDOTT. Essas comissões

são constituídas por equipes multiprofissionais que desempenham importante papel na captação de órgãos, uma vez que são alocadas dentro das unidades hospitalares, realizando uma busca ativa de potenciais doadores ainda sem diagnóstico de morte encefálica, mas com quadro clínico sugestivo de tal diagnóstico. Além disso, têm a função de informar a família sobre a vontade de doar órgãos e tecidos de pacientes falecidos. Tem-se também a definição de que as atuais Centrais Estaduais de Transplantes terão vínculo direto com os profissionais que compõem as CIHDOTT, otimizando a comunicação e a organização hospitalar referente ao processo de transplantes como um todo no serviço, refletindo-se também nos dados estatísticos de transplantes de órgãos (BRASIL, 2009; TOLFO *et al.*, 2018).

Dentre as atribuições da CIHDOTT, destacam-se: organizar o protocolo assistencial de doação de órgãos, articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras, responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação, e a manutenção de órgãos para transplantes (BRASIL, 2009).

Abaixo, no Quadro 1, consta uma síntese das principais legislações que conferem segurança jurídica a política de transplantes do Brasil:

Quadro 1 - Linha de tempo das legislações brasileiras que dispõem sobre o processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos no Brasil.

<i>Leis</i>	<i>Ano de Criação</i>	<i>Ementa</i>
5.479	1968	Regulamenta o transplante de tecidos e órgãos e partes de cadáveres para finalidade terapêutica e científica e dá outras providências.
8.489	1992	Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências. Revogada pela lei 9.434/97.
9.434	1997	Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Conhecida como Lei dos Transplantes.
10.211	2001	Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de quatro de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo

		humano para fins de transplante e tratamento".
Portarias	Ano de criação	Ementa
905/GM/MS	2000	Estabelece a obrigatoriedade da existência e efetivo funcionamento de Comissão Intra-hospitalar de Transplantes
1.752/GM/MS	2005	Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos.
1.262/GM/MS	2006	Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).
2.600/GM/MS	2009	Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.
DECRETO Lei nº 9.175 do ano de 2017. Regulamenta o Decreto Lei nº 9.434, de quatro de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.		
Resoluções	Ano de criação	Ementa
1.826/CFM	2007	Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador.
2.173/CFM	2017	Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica.

Fonte: Elaborado pela autora.

2.2 As enfermeiras e o processo da doação de órgãos para transplante

O processo de doação de órgãos para transplantes possui um itinerário a ser percorrido com segurança, conhecimento, envolvimento, ética e interdisciplinaridade. Esse percurso, se realizado com sucesso, culmina com a realização do transplante, um ato cirúrgico que se iniciou com a doação de órgãos do doador. Um transplante pode evitar a morte e melhorar a qualidade de vida de pessoas com algum tipo de patologia crônica terminal de funções importantes do corpo, tais como disfunções cardíacas, pulmonares, renais e hepáticas.

Nessa perspectiva, evidencia-se a importância do comprometimento dos profissionais que participam da doação, na busca de ações para diminuir a perda dos órgãos, objetivando elevar o número de doações e diminuir o sofrimento de pessoas que aguardam pelo transplante (MORAIS, 2012). Embora se tenha progredido nesse processo, as falhas vão desde a identificação do paciente possível

doador até a manutenção do potencial paciente doador em morte encefálica e podem refletir negativamente na efetivação da doação.

A ordem do processo de doação até o transplante pode ser sumariamente apontada em uma série de etapas, descritas por Westphal *et al.*, (2016) e sintetizadas aqui, que, por vezes, podem ocorrer de modo simultâneo.

Possível Doador: é o usuário que se encontra internado em ambiente hospitalar, sob cuidados intensivos, por injúria cerebral severa causada por trauma craniano, derrame cerebral ou tumores, com lesão irreversível do encéfalo e que necessite de ventilação mecânica, escala de coma de Glasgow 3 e ausência de um ou mais reflexos de tronco cerebral (WESTPHAL *et al.*, 2016).

Potencial Doador: é denominado o usuário quando a condição clínica é avaliada como suspeita para preencher os critérios de morte encefálica, ou seja, considera-se um Potencial Doador quando aberto o protocolo de diagnóstico de morte encefálica.

Caracteriza-se como morte encefálica e, portanto, a morte da pessoa, a perda completa e irreversível das funções encefálicas, definida pela cessação das atividades corticais e de tronco encefálico. A morte encefálica produz alterações fisiopatológicas, com graves alterações endócrinas e uma grande reação inflamatória, como resposta à perda das funções do tronco cerebral causando uma série de efeitos deletérios que podem colocar em risco a perfusão de órgãos do potencial doador, além de provocar uma redução brusca nos níveis de cortisol, insulina, hormônios tireoidiano e antidiurético (RECH, 2007).

Na Resolução do CFM nº 1.826/2007, encontra-se amparada a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suporte terapêutico quando é determinada a morte encefálica de indivíduo não doador de órgãos. Considerando, assim, que a comprovação da morte encefálica deve ser realizada utilizando critérios precisos, bem estabelecidos, padronizados e passíveis de serem executados por médicos em todo território nacional (CFM, 2007).

A Resolução do CFM nº 2.137/2017 legisla sobre o processo de comprovação da morte encefálica com o seguinte texto:

Os procedimentos para determinação de Morte Encefálica devem ser iniciados em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinhal e apnéia persistente, e que atendam a todos os seguintes pré-requisitos:

- a) presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar morte encefálica;
- b) ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica;
- c) tratamento e observação em hospital pelo período mínimo de seis horas. Quando a causa primária do quadro for encefalopatia hipóxico-isquêmica, esse período de tratamento e observação deverá ser de, no mínimo, 24 horas;
- d) temperatura corporal (esofágica, vesical ou retal) superior a 35°C, saturação arterial de oxigênio acima de 94% e pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg ou pressão arterial média (PAM) maior ou igual a 65 mmHg para adultos, ou conforme o quadro a seguir para menores de 16 anos (CFM, 2017).

Notificação: após a identificação de um potencial doador em uma unidade de terapia intensiva, emergência ou sala de recuperação pós-anestésica, há a obrigatoriedade de notificação do hospital à Central Estadual de Transplante por meio da CIHDOTT ou da Organização de Procura de Órgãos (OPO), quando não houver na instituição uma CIHDOTT organizada. A CIHDOTT ou a OPO acompanham o processo de doação que inicia com o diagnóstico de morte encefálica, continua com o aceite ou não da família para a doação dos órgãos e finaliza com a entrega do corpo.

Avaliação do Potencial Doador: a CIHDOTT avalia o potencial doador com base na história clínica, nos antecedentes médicos e exames laboratoriais, na viabilidade dos órgãos e na sorologia, para afastar a possibilidade de doenças infecciosas. Após a validação inicial é oferecida à família a possibilidade de doação (WESTPHAL *et al.*, 2016).

Manutenção do Potencial Doador: essa etapa inicia quando a equipe é comunicada que a família aceitou a doação de órgãos e tem como objetivo manter os órgãos perfundidos os qualificando para a doação e é finalizada quando o potencial doador é encaminhado para o bloco cirúrgico para a remoção dos órgãos/tecidos.

A assistência e o acompanhamento ao potencial doador são necessários e englobam o suporte hemodinâmico, o manejo endócrino-metabólico, a ventilação

mecânica e a manutenção pulmonar, a manutenção hepática, a manutenção renal, a manutenção cardíaca, os cuidados com o globo ocular, com a pele e a nutrição também (WESTPHAL *et al.*, 2011).

Dentre as principais alterações fisiopatológicas destaca-se a hipotensão arterial, que ocorre em cerca de 81% dos casos, e o diabetes insipidus, em 78% dos casos. O cuidado de enfermagem atento e direcionado a essas alterações poderá evitar a evolução desse quadro para uma parada cardíaca em potenciais doadores atuando em conjunto com a equipe médica sinalizando imediatamente essas alterações (ROCHA, 2019).

Denomina-se como Doador Elegível quando se confirma o diagnóstico de morte encefálica, não há contra indicações conhecidas previamente e a família autorizou a doação. A CIHDOTT, que já iniciou a interlocução com a Central Estadual de Transplantes no momento da notificação da abertura do diagnóstico de morte encefálica, repassa as informações colhidas na entrevista familiar e em resultados de exames.

Doador Efetivo é quando a retirada dos órgãos pelas equipes transplantadoras credenciadas é autorizada para ser realizada no bloco cirúrgico do hospital onde se encontra o doador, respeitando todas as técnicas de assepsia e preservação dos órgãos. Ao finalizar o procedimento, as equipes transplantadoras se dirigem aos hospitais para procederem à transplantação. Após, a liberação do corpo deve ser providenciada de modo a ser entregue condignamente recomposto à família.

As enfermeiras são as profissionais da linha de frente do cuidado direto e contínuo ao paciente e possuem a responsabilidade de coordenar a comunicação entre as equipes, processo fundamental na doação de órgãos. O processo de enfermagem é um método de trabalho da enfermeira que objetiva a priorização do atendimento e no processo de doação de órgãos para o transplante a participação da enfermeira destaca-se nas seguintes ações: identificação do possível doador (pacientes com suspeita de morte encefálica), confirmação da condição do indivíduo como doador, participação na informação à família sobre procedimentos de confirmação de morte encefálica e autorização dos familiares para o processo de doação e manutenção do possível doador (MORAES *et al.*, 2014).

A qualificação dos profissionais das áreas com pacientes críticos, que estão sujeitos à morte cerebral, interfere na doação de órgãos. Considera-se como paciente crítico/grave aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do seu corpo, com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda da sua auto regulação, necessitando de assistência contínua, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico ou outros (BRASIL, 2011). Cuidados inadequados podem inviabilizar uma doação, tendo em vista as alterações fisiológicas que o dano cerebral provoca no organismo e uma etapa de extrema importância na doação refere-se à manutenção do potencial doador em morte encefálica, cujo cuidado tem por objetivo manter a viabilidade dos órgãos para transplante (WESTPHAL et. al, 2016).

A equipe de enfermagem enquanto profissionais que realizam o cuidado contínuo e mais próximo ao potencial doador, deve estar capacitada a identificar as alterações fisiopatológicas para que, junto com a equipe de saúde, possa instituir medidas terapêuticas adequadas. A tendência é de menor investimento no cuidado por parte da equipe de enfermagem, principalmente quando não há definição sobre a doação, e quando a doação é formalizada, talvez não haja tempo nem condições ideais de manutenção de certos órgãos (GUETTI, 2008).

Em estudo realizado com a temática da doação de órgãos com estudantes de enfermagem de vários estados e universidades brasileiras, o questionário aplicado identificou, por exemplo, que 92% dos entrevistados desconheciam a existência da OPO e revelou o despreparo dos profissionais quanto à compreensão da morte encefálica e o preparo para a doação de órgãos (SILVA; SILVA, 2007).

2.3 A competência no agir profissional de enfermeiras na doação de órgãos: o apoio de um *checklist* e a subjetividade no trabalho

Em protocolos, evidências, *guidelines*, parametrizações, *checklist*, etc. — é comum a utilização de taxonomias e linguagens padronizadas com o sentido de facilitar a aplicação do processo de enfermagem, a partir de suas etapas, proporcionando uma estrutura para direcionar o cuidado, os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem esperados (ADAMY et al., 2018).

O diagnóstico de enfermagem é definido como “um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade” (BARRETO, 2019). A utilização de sistemas de linguagem padronizados nas etapas de diagnóstico, intervenção e resultados de enfermagem deve favorecer o pensamento crítico e raciocínio clínico das enfermeiras contribuindo, desta forma, no monitoramento da qualidade do cuidado. Um diagnóstico de enfermagem pode ter foco no problema, no estado de promoção da saúde ou no risco potencial. Na enfermagem, a NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) é uma associação que realiza a taxonomia de diagnósticos de enfermagem reconhecida e utilizada em vários países, inclusive no Brasil (BARRETO, 2019).

Utilizar diagnósticos de enfermagem acurados de potenciais doadores de órgãos ou para pacientes em morte encefálica auxilia na implantação de intervenções adequadas deste quadro clínico específico e aumenta a possibilidade de alcançar melhores resultados. A manutenção adequada do potencial doador pode contribuir para a melhor viabilidade dos órgãos para transplantes e, conseqüentemente, para o aumento da taxa de efetivação do potencial doador. (BIANCHIA, M.; ACCINELLI, L. G.; SILVA, M. A.; MENEGÓCIO, A., 2015; BARRETO, 2019).

Os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em potenciais doadores de órgãos em morte encefálica, são apontados como os seguintes: ventilação espontânea prejudicada, risco de infecção, déficit no autocuidado, risco de choque, eliminação urinária prejudicada, termorregulação ineficaz e risco de glicemia instável (NABINGER, 2020).

Foi desenvolvido um *checklist* anterior a esse estudo e realizado um aprimoramento do mesmo ao realizar a fundamentação teórica, reunindo evidências sobre os processos de diagnósticos de enfermagem para potenciais doadores de órgãos em morte encefálica. Organizado em etapas com as informações principais do processo da doação de órgãos, o *checklist* demonstra as necessidades do dia a dia da prática de enfermeiras com a doação de órgãos e pode ser verificado no Apêndice C - Checklist Manutenção Básica do Potencial Doador.

Um *checklist* apresenta-se como uma ferramenta que pode evitar que em tarefas longas ou complexas itens importantes sejam esquecidos, conferindo maior segurança à atividade. O objetivo de um *checklist*, baseado nas evidências mais atuais para a assistência de enfermagem do potencial doador, é reduzir a perda de órgãos por disfunções orgânicas. O *checklist* é composto por metas necessárias para a manutenção da estabilidade hemodinâmica do potencial doador e da integridade dos órgãos, como o controle da pressão arterial, da temperatura, da glicemia, de eletrólitos, cuidados oculares e o uso de parâmetros ventilatórios protetores. Sua aplicação é contínua, desde o diagnóstico de morte encefálica, até o momento da doação dos órgãos.

O uso do *checklist*, enquanto uma proposta para facilitar o processo de trabalho de enfermeiras na doação de órgãos, nos demonstra que toda vida social é essencialmente prática. O conceito de *práxis* se delinea sobre a relação que se estabelece entre teoria e prática no desenvolvimento do trabalho. Conduzindo a reflexão sobre o grau de consciência revelado pelo trabalhador na aplicação de um conhecimento na prática, mas também o grau de criação demonstrado no produto de sua atividade. Nesse sentido, a *práxis* pode ser caracterizada por meio de alguns níveis: 1) *práxis* criadora ou inovadora e transformadora, 2) *práxis* espontânea e reflexiva, 3) *práxis* reiterativa ou imitativa (VÁZQUEZ, 1986).

Se a *práxis* criadora ou inovadora é conceituada como uma ação que cria algo novo por meio da intervenção da consciência e da prática humana, a *práxis* imitativa é definida como o primeiro passo para se atingir uma *práxis* criadora, pois, teoricamente, ou no plano do discurso, os trabalhadores sabem o que devem fazer para inovar, criar e mudar. Porém, no plano real isso pode não ser fácil, limitando-se a uma *práxis* espontânea, na qual o sujeito tem um nível de consciência presente, porém reduzido sobre si mesmo e em relação ao processo social que o cerca. Imitar ou repetir outra ação é o produto da *práxis* reiterativa ou imitativa. Ela não produz uma nova realidade, pois na *práxis* imitativa o campo do imprevisível estreita-se, existe uma conformidade com uma norma previamente traçada. Nesse nível de *práxis*, o processo e o produto podem ser determinados e previsíveis, pois o produto não é único, uma vez que pode ser repetido (VÁZQUEZ, 1986).

O tema do uso de *checklist* como uma tecnologia que tradicionalmente fundamenta a *práxis* de um trabalhador, aproxima-se do que os autores Schwartz e Durrive (2007) desenham sobre o conceito de trabalho, compreendido em sua inerente dimensão dialética. Esses autores, fundamentados na teoria da Ergologia, foram usados na orientação do roteiro da pesquisa empírica desenvolvida pelo estudo e interessaram especialmente ao estudo tendo em vista o que desenvolvem acerca da importância e do uso da subjetividade do trabalhador ao desempenhar a atividade de trabalho.

Ao pensar o trabalho como atividade humana, a identificação da infidelidade permanente no ambiente de trabalho é uma categoria temática que se destaca nas análises e avaliações dos processos de trabalho. Essa inconstância do meio exige aprendizagens permanentes por parte do trabalhador, a serem realizadas por meio dos debates de normas e valores travados no cotidiano do trabalho e que renovam indefinidamente a atividade. É o “desconforto intelectual” a ser gerido pelo “uso de si”, por meio de escolhas, de recursos pessoais e da capacidade de fazer algo (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 30).

O trabalho compreendido apenas como mecânico, com a predominância dos modelos tayloristas, exclui a subjetividade, mas, em um movimento de reexame desse modelo, redescobre-se a existência de valores subjetivos do trabalhador, no trabalho.

Esse agir, o que é colocado em ação nas situações de trabalho é visto como “competência” no trabalho, entretanto existe uma densidade a ser investigada no que se tem como ideia do que seja uma trabalhadora ou um trabalhador competente. Para os autores Schwartz e Durrive (2007), a noção do agir em competência na atividade humana pode ser descrita por meio de seis ingredientes ou dimensões.

O primeiro corresponde ao relativo domínio dos protocolos numa situação de trabalho. Os protocolos seriam os saberes científicos e técnicos.

O segundo ingrediente/dimensão nos remete à capacidade de se deixar apropriar pela dimensão singular, pelo histórico de uma situação de trabalho, pela

dimensão de “encontro de encontros”, o que está ligado à historicização da situação de trabalho, o que cria a realidade/singularidade de algo não codificado.

O terceiro ingrediente/dimensão é a capacidade de articular o protocolo com a singularidade de cada situação de trabalho e tal ato inclui a pessoa singular.

O quarto ingrediente/dimensão inclui o debate de valores ligado ao debate de normas, impostas e instituídas na atividade, ou seja, é uma arbitragem permanente entre o que se chamou de “uso de si por si mesmo” e “uso de si pelos outros”.

O quinto ingrediente/dimensão remete à ativação do potencial para a ação, o que a leva ao agir.

O sexto e último ingrediente/dimensão traduz-se em tirar partido das sinergias de competências, ou a capacidade de trabalhar em equipe.

O trabalho é uma realidade coletiva, não se age sozinho e se age sempre a partir do trabalho como “uso de si”, sendo, então, atravessado pelo singular e pelo coletivo reciprocamente. O meio é infiel, jamais se repete de um dia para o outro, de uma situação de trabalho a outra. E ao gerir essa infidelidade o trabalhador faz “uso de si” ou do coletivo. Ao fazer uso de seus recursos pessoais, de suas escolhas para gerir essa infidelidade da situação de trabalho, ou seja, ao fazer esse “uso de si”, temos o contexto de um “vazio de normas”, onde as normas antecedentes não foram suficientes para fazer algo.

Interessa ao estudo verificar e compreender como as enfermeiras mobilizam esses ingredientes e, principalmente, como as dimensões subjetivas do agir em competência atuam no processo de assistência ao paciente potencial doador de órgãos.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um Estudo de Caso, holístico, ou que está concentrado em analisar o fenômeno na sua globalidade e não na diferenciação de particularidades dos casos, com uma unidade de análise, baseado em múltiplos casos e com abordagem qualitativa. O delineamento metodológico do Estudo de Caso é uma investigação científica que busca apreender a totalidade da situação social, descrevendo-a e interpretando (YIN, 2010).

3.2 Cenário e participantes de estudo

O cenário escolhido para a produção dos dados foi o Hospital Cristo Redentor (HCR), referência estadual para atendimento a pessoas vítimas de acidentes e também na área de neurocirurgia e queimados. Os setores do HCR a Emergência do Trauma e Unidade de Terapia Intensiva constituem-se como cenários principais do estudo tendo em vista que acolhem pacientes críticos com possibilidades maiores de vivenciarem o processo de morte encefálica e doação de órgãos. No Quadro 2, a seguir, apresenta-se um panorama da doação de órgãos nos últimos quatro anos.

Quadro 2 - Doação de órgãos CIHDOTT - HCR - GHC

Ano	Múltiplos órgãos	Córneas	Doação de Pele	TOTAL
2017	20	23	12	55
2018	12	09	05	26
2019	15	11	08	34
2020 (de jan a set)	13	03	03	19

Fonte: Central de Transplantes/CIHDOTT-HCR em: 14-10-2020.

Atuam nesses setores atualmente 40 enfermeiras. Foi utilizado como critério de inclusão trabalhar na equipe de enfermagem há pelo menos dois anos nos setores indicados e como critério de exclusão nunca ter participado de um processo de diagnóstico de morte encefálica.

Quadro 3 - Descrição dos participantes

	<i>UTI</i>	<i>Emergência</i>	<i>TOTAL</i>
Enfermeiras HCR	20	20	40
Enfermeiras Participantes	10	05	15

Fonte: Elaborado pela a autora.

Concordamos com Minayo (2001) quando este afirma que uma amostra qualitativa ideal é a que representa, em quantidade, intensidade, aprofundamento e abrangências, as inúmeras dimensões do fenômeno em estudo e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo intencionando dar corpo a pesquisa, tornando-a defensável ao encontrar a descrição do seu objeto de estudo. A amostra do estudo foi definida pela saturação da análise ou pelo método de “bola de neve” (MINAYO, 2001).

3.3 Produção e análise de dados

Para a produção dos dados foram realizadas entrevistas guiadas por um roteiro (Quadro 4) construído baseado nas dimensões de Schwartz e Durrive (2007), que caracteriza o “agir em competência”, com as participantes convidadas com uma duração em média de trinta minutos. As entrevistas, gravadas em áudio e transcritas, foram realizadas em salas no próprio ambiente de trabalho ou na sala da CIHDOTT-HCR, locais que permitiam o sigilo do encontro.

Quadro 4 - Roteiro orientador baseado nas dimensões do “agir em competência” da enfermeira que presta assistência para a doação de órgãos criado por Schwartz e Durrive (2007).

<i>Dimensões (D)</i>	<i>Questões Norteadoras</i>
D1: O relativo domínio de algo codificado numa situação de trabalho PROTOCOLO	Falar sobre os protocolos mais usados para a doação e manutenção do potencial doador no local de trabalho. Como são acessados os protocolos e onde eles estão disponibilizados?
D2: O relativo domínio de algo não codificado REALIDADE	Falar sobre o processo da doação e manutenção do paciente doador. Como você cuida de um paciente doador? Como é a realidade de trabalho? Quais as dificuldades?
D3: Domínio da decisão pertinente no momento certo RENORMALIZAÇÃO	Falar sobre a adequação para a realidade dos protocolos de doação e manutenção. Você adapta protocolos durante a atuação? Como? Por quê? Dê exemplos.
D4: “USO DE SI POR SI”	Falar sobre a motivação pessoal para atuar nos processos de doação e manutenção do paciente doador. Como se identifica com o processo de doação?
D5: Em função do debate de valores e desdobramentos do potencial VALORES	Falar sobre os espaços institucionais e educacionais que permitem debates sobre doação. As dinâmicas do trabalho do setor permitem a renegociação de valores e normas sobre a doação? Descreva e/ou dê exemplos de como isso ocorreu
D6: A sinergia com o coletivo	Falar sobre o trabalho em equipe na doação e manutenção de órgãos.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Para o convite das participantes e a organização das entrevistas foram realizados previamente contatos por telefone para o agendamento de conversas presenciais com os coordenadores das áreas envolvidas, e, posteriormente, da mesma forma foi realizado o convite das participantes nos seus locais de trabalho,

objetivando a sensibilização para o envolvimento na pesquisa e a solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a interpretação dos discursos produzidos utilizamos a Análise Textual Discursiva a fim de alcançar os objetivos propostos, e os discursos produzidos foram analisados por meio da análise textual discursiva. Organizaram-se os seguintes procedimentos: pré-análise, estudo exploratório, análise e interpretação de informações produzidas para codificação e estruturação dos discursos em unidades de análise (MORAES; GALIAZZI, 2006).

A perspectiva social construtivista inspirou a construção e análise dos dados. Compreende-se que o sentido alcançado pelos dados não é traduzido, mas produzido articulando-se o linguístico com o social e o histórico. Os discursos analisados pelo estudo são vistos como parte de um processo social amplo e dinâmico. Os participantes exploram suas opiniões, crenças e compreensões sobre o tema de como trabalham na assistência da doação de órgãos para transplantes, em uma dinâmica de grupo e por meio de um senso coletivo.

3.4 Aspectos Éticos

O presente projeto foi submetido à apreciação, análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC, pertencente ao GHC e seguiu as recomendações e diretrizes éticas e legais necessárias à boa prática da pesquisa, conforme resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012), ressaltando o caráter voluntário de participação e respeitando o anonimato na apresentação dos achados de pesquisa.

Essa pesquisa está inscrita no sistema CEP/CONEP, através de cadastro na Plataforma Brasil e CAAE 19793219.8.0000.5530.

A autorização formal para a realização da pesquisa foi solicitada por meio do Termo de Anuência da Direção do HCR e do Centro de Resultados de Enfermagem (CRENF) do HCR.

Após a concordância em participar da pesquisa, as profissionais da enfermagem participantes foram esclarecidas dos objetivos e procedimentos deste estudo, leram e assinaram o TCLE (Apêndice 1) em duas vias, ficando uma de posse da pesquisadora. Considera-se que a pesquisa possui baixo risco de dano as

participantes. Caso fosse identificado qualquer risco de desconforto para as participantes durante as entrevistas e identificado algum prejuízo o estudo seria interrompido.

4 RESULTADOS

No Quadro 5 apresenta-se uma sistematização do perfil das participantes na pesquisa em relação ao vínculo, experiência e formação na área da assistência de interesse ao estudo.

Quadro 5 - Perfil de idade, formação e experiência profissional (em anos).

Nome	Idade	Tempo Formação	Experiência com paciente crítico	Especialização	Mestrado
T 1	41	17	13	UTI e em Gestão em Saúde	
T 2	60	33	30	Administração Hospitalar e em Emergência	
T 3	46	12	10	Educação em Saúde	
T 4	37	7	7	Terapia Intensiva, Emergência e Trauma	
T 5	36	13	10	Residência em Terapia Intensiva	Mestra em Educação
T 6	38	12	6	Terapia Intensiva	
T 7	37	15	12	Urgência e Emergência	Mestra em Enfermagem
T 8	41	19	11	Terapia Intensiva	
T 9	35	13	6	Urgência e Emergência, Especialista em Terapia Intensiva.	
T 10	41	15	10	Centro Cirúrgico	
T 11	47	25	7	Neonatologia	
T 12	40	15	15		
T 13	44	20	10	Docência de nível médio.	Mestra em Enfermagem
T 14	56	30	20	Acupuntura, Saúde do Adulto e em Informação Científica e Tecnológica em Saúde	
T 15	56	33	33	Administração Hospitalar e Terapia Intensiva	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

No presente estudo de caso, a unidade de análise é o agir profissional de enfermeiras na assistência à doação de órgãos para transplantes no Hospital Cristo Redentor. Descreve-se a seguir os múltiplos casos produzidos por meio das falas exemplares dos participantes (T1 a T15).

Quadro 6 - T1 - CASO 1

Dimensão	Falas Exemplares
D1	<p>Conheço assim, para não dizer nada, quase nada assim. Nunca cheguei a ter acesso, se é que existe algum protocolo formal que a gente siga.</p> <p>As informações que eu sempre tive foram informações que a gente acaba assim, sendo passado no momento que tem um potencial doador e tu acaba perguntando para um outro colega para ver se ele tem maior conhecimento, ou não.</p>
D2	<p>[...] do pouco conhecimento, de não ter experiência, a gente acaba, eu pelo menos assim, acabo lidando assim, conversando com um colega [...] mas o restante é de uma forma bem assim superficial, nesse sentido assim, na passagem de plantão tu questionar o que precisa ser cuidado ou não.</p> <p>É como se fosse um serviço muito a parte, tipo assim, tu não precisa fazer nada porque tem uma equipe que vai fazer isso, então por isso que nem eu disse, tu acaba não te envolvendo. A gente tem talvez, entre aspas, a obrigação de avisar se é um potencial doador, mas a nossa responsabilidade acaba ali, dali por diante só se tu receber alguma instrução muito específica.</p>
D3	<p>[...], tu acaba não te envolvendo [...]</p> <p>E aquilo, me parece, para nós assim, o processo para nós acaba ali, comunicou ou não comunicou e depois dali bom, se o CIHDOTT entrevistou, não entrevistou, coisa assim, aí o problema não é mais nosso.</p> <p>Tu não sente isso como uma parte integral do teu cuidado, uma coisa que faz parte, não, isso não é conosco.</p>
D4	<p>Então nesse sentido assim, da gente tentar fazer o melhor, mas ao mesmo tempo é difícil assim porque a gente acaba falando isso, mas muitas vezes no dia a dia passa despercebido assim, é mais um, tu entendeu? Vamos enfim, levar esse processo para o fim e aí vamos fazer a fila andar, digamos assim, no sentido assim, bom, o que dá para fazer, o que não dá para fazer.</p>
D5	<p>No momento em que as pessoas não se sensibilizam, pensam assim ah não, a minha obrigação é só avisar porque eu não sou dessa comissão isso se perpetua por todos os funcionários e as pessoas não se sentem comprometidas, né. Então tu tem que começar a mudar essa cultura, essa sensibilização, acho que isso só vai conseguir a partir do momento em que tu começar a fazer isso, no momento que os funcionários entram, que tu tem uma periodicidade, sei lá, uma vez por ano fazer uma reciclagem disso, né, de comprometer e fazer campanhas no sentido mesmo de sensibilizar, e se fosse um familiar nosso que precisasse, será que a gente não iria ser mais comprometido com isso?</p> <p>Na hora a gente pensa no nosso momento e em resolver como está a nossa unidade naquele momento. Faz aquele atendimento inicial, faz tudo, não é que a gente deixe de fazer ou menospreze por fazer, mas a gente sabe que no dia a dia no desabafo entre profissionais tu sempre se questiona ah, mas só um pouquinho, tomou tiro por quê? Tomou facada por quê? É bandido? É mocinho? É não sei, sabe, então sempre tem esse juízo de valor.</p>

D6	Tu vê isso até com a própria equipe médica, se não é uma coisa que é pedido para eles se não tem alguém atuando muitas vezes a informação que a gente tem é: ah tá momento foi feito o primeiro exame, tal momento tem que ser feito o segundo exame mas o restante é de uma forma bem assim superficial, nesse sentido assim, na passagem de plantão tu questionar o que precisa ser cuidado ou não. Mas não tem nem por exemplo, um protocolo que talvez fosse uma sugestão de ter os principais cuidados que é inerente a qualquer paciente, então é uma coisa bem assim, informal e muito mais assim, de iniciativa de cada um, do quanto se envolve com isso do que realmente um posicionamento institucional com o profissional que vai ter que ter esse cuidado.
-----------	---

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 7 - T2 - CASO 2

D	Falas Exemplos
D1	Então, protocolo fechado assim que eu vou lá e puxo o book, puxo folhinha e começo a fazer, na realidade, acho que não só eu, acredito eu que ninguém siga, puxa a folha e siga este protocolo, não tem isso.
D2	<p>Mas tu fica assim, tu sabe que tu tem que a primeira coisa, manter a hemodinâmica dele para que, a primeira coisa para que possa ser feito o teste e aí tu fica brigando em cima daquilo, tu aquece o paciente, dá-se volume por conta muitas vezes e isso eu já disse assim, várias vezes, às vezes a gente acaba perdendo pulmão porque ele está encharcado, porque não se tem aqui muito a parte médica presente, então a gente fica fazendo as coisas por conta. Mas sempre, independente de curso ou não, sempre se fez a manutenção do potencial doador, só que sempre capenga, aquela coisa, o enfermeiro fazendo, o enfermeiro chamando, precisa disso, precisa daquilo, paciente está hipotenso vamos entrar com alguma droga, não vamos entrar.</p> <p>Tem que ficar muito implorando para que as coisas sejam feitas e a gente fica muito em cima assim para que ninguém jogue a toalha antes.</p> <p>Sabe-se que quando o paciente está na UTI ele faz uma série de coisas a mais do que se faz na emergência, só que isso a gente não tem, nem os médicos têm para poder orientar.</p>
D3	E aí tu fica brigando em cima daquilo, tu aquece o paciente, dá-se volume por conta muitas vezes e isso eu já disse assim, várias vezes, às vezes a gente acaba perdendo pulmão porque ele está encharcado, porque não se tem aqui muito a parte médica presente, então a gente fica fazendo as coisas por conta.
D4	<p>Quantas pessoas estão se beneficiando, quanta gente assim desesperada, quanta gente, eu não tenho filhos, mas será que se eu tivesse um filho eu não ia querer para ele, né, uma vez eu perguntei para um médico, pedi para prescrever um DDAVP, faz muito tempo e ele me disse assim, mas e o que eu tenho a ver com isso, eu não ganho para isso, tipo assim, quem faz transplante é que ganha, não sei o que, eu disse não, eu só quero saber se tu gostaria se tu precisasse de um órgão.</p> <p>Mas, mais pela desmotivação de tá, e as coisas e isso são assim, como eu disse estou há 30 anos aqui e as coisas acontecem da mesma forma, então a valorização do evento doação em si ela, quando se fala em valorização eu tenho que primeiro me valorizar para depois querer que os outros me valorizem.</p>
D5	<p>Mas a valorização do evento ela tem que vir de cima, ela tem que vir lá de cima, então ela tem que ser no momento em que a captação, digamos que a captação fosse uma meta institucional, se ela é uma meta institucional, vai ter que ser corrido atrás, a quem compete fazer manutenção, identificação, a quem compete?</p> <p>Então vai cair em todas as cabeças, inclusive na nossa, isso sim, porque infelizmente as pessoas não sabem trabalhar, sem serem cobradas e quando são cobradas não gostam.</p> <p>Mas eu vejo com tranquilidade, eu sou doadora, o que tiver na minha competência, muitas vezes assim, eu me irritei, joguei tudo, disse assim: por que eu tenho que ficar mendigando atrás dos outros se cada um tem fazer o seu pedaço? Né, então isso irrita, isso incomoda e incomoda muito ainda.</p>
D6	Eu não sei te dizer dos outros enfermeiros o que fazem, quando tem alguém com o paciente não sou eu, né, então eu não sei como eles estão atuando, como estão fazendo ou não, o técnico o que tu solicitar, com reinassa ou não vai ser feito. Mas na regra assim, não tem. Existe muito eu acho aquela coisa assim de aqui nós tratamos, salvamos vidas, quem é

	<p>prioritário, bom, se tiver alguém morrendo ali do meu lado com um trauma grave e entre outro obviamente que o direcionamento é esse, né.</p> <p>Mas eu acho que tem que engajar a área médica sim, senão fica sempre o enfermeiro fazendo para que os médicos fiquem aqui.</p>
--	---

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 8 - T3 - CASO 3

D	Falas Exemplares
D1	A organização da CIHDOTT para mim é um protocolo
D2	<p>A minha preocupação maior assim é manter as condições para que ele consiga evoluir para doação e o meu empecilho nessa função toda é em relação à equipe médica, que assim, quando a gente identifica e tudo a gente corre para manter os sinais para que seja viável a doação e daí a busca de abertura de protocolo, coisa que para mim é a coisa mais difícil, né.</p> <p>Tu faz a tua parte, tu cuida daquele paciente. Mas tu precisa que alguém mexa num parâmetro, que alguém mexa numa medicação, que alguém mantenha os sinais daquele paciente para poder doar e tu esbarra nisso.</p>
D3	E como é que tu faz para superar essa dificuldade? Corre, corre, corre atrás de médico até que alguém tome alguma atitude.
D4	<p>E tem horas assim, que tu tenta, briga, briga, briga e tu não consegue mais manter o paciente ali.</p> <p>Tu está vendo que o paciente está indo e tu pede uma medicação, uma nora ou uma coisa assim, tem que quase que implorar, daí tem aquele que tem preguiça e não vai prescrever por pura preguiça, entendeu e o paciente é um gurizão novo, não tem nada, podia doar, sabe, podia doar até a alma se bobear e tu não tem parceria médica.</p> <p>Da enfermagem ali eu não falo nada porque assim se tu for ver todos os colegas de todos os turnos, todo mundo briga pela doação, sabe, pelo menos é o que eu percebo.</p>
D5	Eu não cheguei a fazer curso, sei que tiveram cursos, eu não cheguei a participar, eu acho que falta incentivo um pouquinho da instituição para esse tema em especial.
D6	<p>Dos técnicos eu vejo que eles ficam meio perdidos assim, é para doar ou não é para doar. Por exemplo, se não é para doar, é um paciente que não vão investir para doação e tudo, o pessoal muda a postura, mas até por contingência da própria situação, então vai seguir com higiene e conforto, basicamente isso, só que o problema é que eles ficam confusos em relação à conduta, que às vezes chega uma equipe e diz que é para doar, outra equipe diz que não é para doar e nesse meio tempo tu fica no limbo, né.</p> <p>Depende, que assim, cada cabeça é uma sentença. Eu identifico membros da minha equipe que pensam iguais a, igual a mim, mas não posso dizer isso da equipe como um todo, mas assim, quando eu digo que eu não posso falar da equipe como um todo, o que não tem respeito por esse paciente não tem respeito por outros pacientes também, então sabe, mas quando eu estou naquela sala, naquele momento, com aquele paciente eu exijo que a minha equipe aja a altura</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 9 - T4 - CASO 4

D	Falas Exemplares
D1	Mas não tem um protocolo que se siga, olha, paciente com tal e tal critério vamos abrir protocolo, pelo menos não na emergência.
D2	Bom, a gente tem ali as rotinas de sala e a gente trata esse doente como paciente crítico e aí muitas vezes a gente, pelo menos a enfermagem, trava nesse sentido de que quero fazer mais, porém não posso, porque eu precisaria de um respaldo médico, ou de um protocolo a ser seguido.
D3	Olha, dos que eu atendi e que foram abertos o protocolo de morte ecrebral, enfim, não foram muitos que eu me lembro claramente assim foram 2 casos e foram casos que foram concluídos com sucesso assim.

D4	<p>Então a gente só fica com aquele lado ruim, de que tu perdeu o paciente, de que a única coisa que tu pode fazer é tentar salvar outras vidas, porque a vida daquele paciente ali não tem mais como ser salva e aí a gente só fica com um lado da história, a gente só está do lado de cá, que é esse lado, a gente não está do outro lado, né, que é o lado de quem está esperando aquele órgão, de quem está feliz que o telefone vai tocar e vai receber uma notícia, ou da equipe que se prepara para receber aquele órgão assim.</p> <p>Então o meu lado pessoal assim a doação de órgãos é muito triste, muito ruim para mim, porque talvez eu não tenha visto ainda o outro lado, né, eu só tenha visto o lado de poxa, perdi um paciente, paciente era jovem.</p>
D5	<p>Eu acho que poderia ser feito um trabalho muito maior assim no sentido de tentar captar mais pacientes que realmente pudessem ter aberto protocolo, talvez, vários pacientes que eu atendi poderiam ter sido aberto protocolo e não foram, entendeu.</p>
D6	<p>É, é bem interessante porque entram vários profissionais, então assim, é equipe médica, equipe de enfermagem, equipe do CIHDOTT que entra, entra equipe da assistente social também, serviço social e inclusive faz parte do próprio processo à família, né.</p> <p>Eu acho que poderia ser feito um trabalho muito maior assim no sentido de tentar captar mais pacientes que realmente pudessem ter aberto protocolo, talvez, vários pacientes que eu atendi poderiam ter sido aberto protocolo e não foram, entendeu.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 10 - T5 - CASO 5

D	Falas Exemplares
D1	<p>Se a gente tiver alguma dúvida, alguma questão então a gente tem que percorrer, buscar por conta própria.</p> <p>O próprio protocolo em si para ser assinado pelo médico a gente consegue também pelo site, direto pelo site da ABTO e eu acho que é isso.</p>
D2	<p>Dependendo do pé que esse paciente, é muito comum as vezes a gente pegar paciente que passou, por exemplo, o turno inteiro anterior ou a noite inteira sem o manejo clínico adequado, porque é plantão, porque mudam as pessoas, a equipe médica nem sempre é parceira, a gente sabe que isso acontece, então também durante o dia tento correr atrás assim, junto com o plantão do dia, correr atrás dos exames laboratoriais que não foram feitos, correr atrás da melhora ventilatória, tentar deixar esse paciente o mais estável possível para ele conseguir se manter ativo, com o coração batendo.</p>
D3	<p>[...] aí tu fica como enfermeiro, como uma pessoas que, né, como eu atuava na CIHDOTT, como uma pessoa que também tem uma, crê nessa causa, acredita e gostaria que a causa desse certo, tu te sente muito atado, porque nós como enfermeiros a gente pode ir até um ponto.</p>
D4	<p>O que eu via era realmente o resultado direto, sabe, daquela nossa atuação assim, o quanto que tu, o quanto que às vezes tu proporcionar para uma família, porque a gente lida com muita tragédia, a gente lida com pessoas jovens, saudáveis, que sofrem um acidente, que tem um AVC, que morrem e aquela família mal está digerindo a morte e já tem que decidir sobre a doação e às vezes tu proporcionar para aquelas pessoas a opção de aceitar doar os órgãos às vezes é um pequeno consolo perto de uma tragédia toda.</p> <p>Está no nosso juramento desde a concepção até a morte e após a morte, então a gente também trabalha não só no acolhimento dessa família, como no respeito a esse corpo, com em trazer também valores éticos e morais de que aquele paciente que não tem mais viabilidade de viver ele ainda tem que ser tratado, ele ainda tem que ser respeitado, ele ainda tem que ser cuidado, ele vai continuar sendo cuidado porque ele não vai mais viver, mas os órgãos dele vão seguir para outras vidas,</p>
D5	<p>Eu acho que no geral, no geral eu via a equipe engajada com a causa, tanto é que com a desestruturação e com o momento geral o pessoal ficou um pouco balanceado.</p>
D6	<p>Com a equipe médica algumas resistências, eu acho que isso ainda acontecia, a gente via com uma certa frequência, principalmente na base do ah, mas tem que ser o médico assistente, eu sou plantão, eu não vou resolver, tem que ser o assistente, tem que chamar, aí tu chama, o assistente não está, bom, mas alguém tem que, ah, mas uma certa resistência da equipe médica.</p> <p>Da equipe da enfermagem eu via as pessoas de certa forma não só envolvidas como também</p>

	incomodadas quando viam que o processo não estava acontecendo como deveria, sabe, então assim, olha, eu acho que esse paciente, pô, esse paciente está desde ontem já em Glasgow 3, esse paciente está há 24 horas aqui e ele está com a pressão baixa e os médicos não estão fazendo nada, então tu via que a equipe também se mobilizava e ia contra aquilo que estava acontecendo mesmo que fossem atos restritos ao médico, mas também demonstravam assim que estavam vendo que aquilo não deveria estar acontecendo daquela forma, mas a minha visão é essa assim,
--	---

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 11 - T6 - CASO 6

D	Falas Exemplos
D1	Aqui na instituição eu desconheço que tenha algum protocolo vigente sobre doação de órgãos, já teve um do Ministério da Saúde que foi encerrado se eu não me engano foi ano passado, final do ano passado por aí mais ou menos, eu acho que isso aí a gente sente muita dificuldade por trabalhar com potencial doador sem ter protocolos.
D2	A gente tenta manter pressão adequada, os sinais adequados, função renal, mais ou menos isso. Sim, sim, conhecimento pessoal. E nós não podemos prescrever vasopressor, nós não podemos fazer, administrar soro fisiológico para melhorar a função renal, pedir algum exame, isso depende também da, muito da equipe médica, né.
D3	Eu acho que é bastante difícil de lidar assim, com esse sentimento, com essa... até de certa maneira impotência, né, que algumas decisões realmente tem que ter prescrição médica e a equipe de enfermagem não pode fazer isso, né, eu já ouvi de médicos com muita experiência, de muito tempo de experiência que tem em UTI, dizer que morto foi feito para ser enterrado, é uma coisa absurda, né, aí o do outro turno fez de tudo, o outro médico fez de tudo para manter esse potencial doador aí chega uma troca de turno o médico diz ah o morto foi feito para ser enterrado, aí é difícil tu manter a tua equipe de enfermagem, os técnicos, os outros enfermeiros motivados, aí é meio que um banho de água fria.
D4	Eu acho que todo mundo deveria por um momento se colocar na fila do outro lado e saber que a gente pode estar ajudando muito essas pessoas, né e é o nosso trabalho que vai fazer com que eles saiam da fila e tenham uma qualidade de vida melhor e os órgãos ofertados também sejam de melhor qualidade, né.
D5	Eu acho que deveria ter mais engajamento principalmente. Eu não conheço qual a relação do CIHDOOT com a direção, como é que funciona isso, mas eu sinto que tem uma deficiência, eu acho que falta o engajamento, eu acho que não é transmitido pela equipe, eu acho que deveria ter mais cursos, para debater mais e eu acho que isso ajudaria até para toda a equipe entender a importância disso. Eu acho que é a percepção de que tu vai estar ajudando alguém lá na frente, eu acho que é saber ter a percepção de que tu está ajudando alguém da fila do transplante, né. Acho que é isso.
D6	É, tem muitos médicos que são extremamente engajados com essa situação de, realmente ficam em cima do paciente, fazem de tudo para se manter, mas outros simplesmente não fazem nada, para eles é um cadáver ali e aí é difícil lidar com isso, né, porque um turno fez de tudo aí no outro chega lá e abandona, aí é difícil, daí não adianta chegar no turno da noite, tu fazer tudo, mas e aí como ficaram os órgãos dele se durante seis horas a pressão ficou muito baixa, a glicemia ficou completamente alterada, a diurese também ficou inadequada para aquele turno, aí é difícil, né. Até porque às vezes a gente sabe que deveria ter sido tomadas condutas diferentes e o médico como está a frente de certas decisões em alguns turnos eles tomam uma decisão e em outro turno tomam outra completamente diferente e aí a gente fica no meio desses dois vieses. Se tivesse um protocolo seria, acho, muito mais facilitador para nós, porque a gente teria como confrontar com mais facilidade, dizer oh, deveria ter sido feito isso e aquilo, né, e muitas vezes os médicos deixam de solicitar exames, coisas que deveriam ter sido solicitados e eu acho que é isso, um protocolo realmente faria bastante diferença, acho que facilitaria o trabalho de todos os envolvidos que realmente queiram manter esse potencial doador e manter os órgãos viáveis, não adianta só manter o potencial doador, mas os órgãos já terem lesões, não estarem mais aptos a serem transplantados.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 12 - T7 - CASO 7

D	Falas Exemplares
D1	No Cristo Redentor o que eu percebo, principalmente dentro da emergência é que não tem nada muito escrito, não tem nada muito organizado...
D2	O que eu posso te dizer, o meu foco acabou sendo em relação a pressão, em relação a temperatura, em relação a coisas que eu talvez por conhecer o que a central exige digamos assim, acabo trabalhando um pouco mais. Mas se eu sou um enfermeiro novo digamos assim que está aqui, ele não tem muito isso, ele não tem muito esse olhar, ele vai cuidar de coisas gerais do paciente. É o meu conhecimento, se eu não tenho conhecimento eu não vou olhar.
D3	Hoje isso não tem (uma padronização no cuidado), então é bem, eu acabo trabalhando em cima da questão de pressão ou sugerir para o médico olha, quem sabe a gente não muda tanto a noradrenalina, a gente usa uma vasopressina, mas aí vai também, aí depende do que vai ser a recepção desse médico que está comigo que aí claro, com esse meu tempo de casa, esses meus plantões seguidos que eu faço, por exemplo, na terapia intensiva eles me proporcionam um distanciamento menor da equipe médica e uma facilidade maior na troca e na solicitação das coisas.
D4	Eu me sinto muito importante, sabe, eu me sinto uma pessoa muito importante, muito privilegiada em estar no meio disso tudo, em estar podendo contribuir com isso, em estar podendo cuidar desse paciente, em estar podendo estar trabalhando na atenção em si em estar podendo viabilizar que alguém saia da fila de alguma forma, contribuir de alguma forma, sabe, então o meu sentimento é de esperança, é de ser lisonjeado, de me sentir privilegiada eu acho, eu me sinto uma privilegiada em poder estar participando de tudo isso, sabe, em poder estar viabilizando isso para alguém, para mim essa é a grande questão.
D5	A gente tem algumas reuniões de enfermeiro que demoram um pouco para ter essas reuniões também é só de esperar informação, não é uma troca, não é uma reunião para a gente trocar conhecimento sobre alguma coisa, é um despejo de informações de algumas coisas que vão acontecendo, atualmente RH, RH, RH, e é isso. Não, não tem round de noite, os rounds só acontecem de dia e aí tem um plano de cuidados na porta dos box, então tem um plano de cuidado para aquele paciente que foi discutido de manhã com quem fez parte do round, é só de manhã. Isso eu não tenho certeza absoluta, só de dia eu tenho certeza, mas de dia em que turno eu não tenho certeza, mas a gente só recebe a questão do plano de cuidado, está escrito lá na porta do box qual é que é a ideia daquele paciente que eu acho que foi um ganho que teve, mas ainda não existe um momento em que se discuta com todo mundo.
D6	Claro que elas vêm com bastante dificuldade, porque é difícil tu estar mantendo um paciente que está morto. É um paciente que acabou de confirmar a morte encefálica dele, é um paciente que está morto. Em contrapartida eu percebo que a equipe, por exemplo, médica para a questão da morte encefálica em si eles ainda tem, a gente ainda tem muita dificuldade de ter uma iniciativa assim, deles quererem ir lá, abrirem o processo, claro que a gente percebe que está tendo uma mudança de cultura por conta da entrada de muitos médicos novos, tem uma leva de médicos novos na terapia intensiva que estão trazendo a questão deles terem iniciativa de abrir o protocolo do paciente. Juntar as pessoas que têm um conhecimento, que tem um, como é que eu vou te dizer um afinco com aquela temática, escrever as coisas baseadas nas evidências mais adequadas e aí sim se colocar como institucional, porque aí as pessoas param de questionar, essa que é a grande questão, hoje não tem nada escrito então eu me dou o direito de questionar o tempo inteiro. Eu acho que esse é um grande problema.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 13 - T8 - CASO 8

D	Falas Exemplares
D1	Ah, a gente segue um protocolo que vem da secretaria estadual da saúde que é a orientação,

	que é da não, é OPO não? fiquei fora um bom período e estou retornando e não tive, depois que eu retornei, nenhum treinamento específico para, ah mudou isso, mudou aquilo, mais vai sendo no dia a dia e na prática que a gente vai observando,
D2	Como eu cuido? Olha, para mim ele é um paciente assim tanto quanto outro, o cuidado em si, a gente tenta manter ele, observa se tem diurese, se tem que repor volumes, se a pressão está mantendo, clinicamente, né, se é necessário iniciar ou não com vasoativo, uma droga vasoativa, noradrenalina geralmente é usado, se mantém a dieta, coisa e tal, se mantém tudo assim, procura manter ele de forma adequada para doação, isso aqui na UTI é bem visível e é feito, se cai a pressão, se aumenta a gente já comunica também a equipe médica, diz assim olha, está assim, assim, assado, está se sem droga vasoativa, né. Não? Vamos iniciar a nora. Aí a gente instala a nora, faz a nora e daí depois a gente fica controlando para que se mantenha em um nível, em uma faixa alvo da PAM, da pressão arterial, geralmente, no caso, se passa um cateter de mensurar PAM, ou a pressão não invasiva dentro de uma faixa alvo e vai controlando. Também mantém ele, mantém os cuidados que tem que se manter, de certa forma higiene também, se fica vários dias na evolução do protocolo em si ou do paciente da morte cerebral em si.
D3	Tu vai adaptar na questão do tempo, tu vai ter que esperar mais, ou ah a família está esperando vim um filho não sei da onde para decidir e tal, então nessa questão tu adapta, mas fora isso dentro do cuidado não.
D4	Primeiramente então é pela minha obrigação quanto ao trabalho, depois disso é claro que para a sociedade também é importante, daqui a pouco tu está tirando da fila dois, três, quatro pessoas da fila do transplante, se a gente consegue, e o que nos deixa eu acho que mais entusiasmado assim nessa situação é quando bah, conseguiu doar o coração, o rim, isso e aquilo, conseguiu doar vários órgãos, isso aí eu acho que deixa mais, deixa a gente de certa forma feliz assim, entusiasmado ...
D5	Isso eu enxergo que falta e falta claro uma comunicação maior da, falta assim uma comunicação maior entre coordenação disso, coordenação daquilo para que as coisas aconteçam certo e também existem elos assim, sei lá, entre as diversas partes para que as coisas aconteçam da forma mais harmônica, que lá embaixo eu sentia bastante dificuldade quando eu estava na supervisão, eu observava que se tinha, bah, eu já avisei e não vem e não é, até os da UTI desciam, para fazer o teste os da UTI nunca se negaram, isso num tempo mais atrás, eles iam lá, desciam e faziam, eles faziam, compravam a briga e não iam mais para fazer a manutenção porque eles acreditavam que tem um profissional adequado lá para fazer ou tem um profissional lá embaixo que é tão médico quanto eles para manter um paciente nas condições pressóricas, hidratação, alimentação adequada.
D6	Na UTI eu penso que a gente trabalha de uma forma bem harmônica com eles, ah alguma outra situação, as vezes tu tem um desentendimento com a medicina e a enfermagem que vão ter o resto da vida o calcanhar do outro, né, uma pedra no calcanhar do outro, mas de forma geral se trabalha de uma forma bem harmônica assim, talvez tenha algum profissional que tenha uma certa dificuldade maior na execução ou na realização do exame em si e tal.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 14 - T9 - CASO 9

D	Falas Exemplos
D1	Olha, desde que eu entrei na UTI a gente sempre seguiu o protocolo que na verdade a CIHDOTT nos passava. Nesses 7 anos eu não fui apresentada a ele, formalmente eu não fui apresentada, eu sei muito do que, a orientação que eu tive sobre o protocolo, se ele existe ou não eu não sei, eu não tenho, eu nunca manuseei ele pessoalmente.
D2	Eu cuido pelos embasamentos que eu tenho de formação, de graduação, pelas coisas que eu leio sobre o potencial doador, artigos, mas nada específico.
D3	Depende muito em qual momento que tu está, como a UTI ela é pré dividida em horários, então digamos em horários em que os médicos são a rotina da UTI as coisas fluem mais tranquilamente, eles estão preocupados com isso e nós conseguimos negociar. Quando é

	plantão aí dificulta um pouco, nem todo mundo dá tanta atenção, alguns dizem que não é uma coisa que precisa se preocupar, outros realmente manejam adequadamente, mas é uma negociação mais difícil assim de ser feita. Geralmente a gente consegue, mas é mais difícil.
D4	O que me motiva é saber que ele vai ajudar muitas pessoas. Eu acho que talvez, eu não consigo achar a palavra. É que como, como é que eu vou te explicar, eu vou te dar um exemplo daí talvez tu me entenda. É porque, talvez seja gratidão a palavra, porque eu tenho na minha família uma paciente transplantada, minha dinda é transplantada há 3 anos e então talvez seja gratidão realmente, ...
D5	Eu acho que eles identificam digamos outras instituições como, acho que o GHC como um todo não, acho que é muito falado PUC, Santa Casa, Clínicas, mas acho que o GHC não entra dentro dos hospitais que seria referência em ...
D6	Depende muito em qual momento que tu está, como a UTI ela é pré-dividida em horários, então digamos em horários em que os médicos são a rotina da UTI as coisas fluem mais tranquilamente, eles estão preocupados com isso e nós conseguimos negociar. Quando é plantão aí dificulta um pouco, nem todo mundo dá tanta atenção, alguns dizem que não é uma coisa que precisa se preocupar, outros realmente manejam adequadamente, mas é uma negociação mais difícil assim de ser feita. Geralmente a gente consegue, mas é mais difícil.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 15 - T10 - CASO 10

D	Falas Exemplares
D1	A princípio o protocolo que é usado é o do Ministério da Saúde, a gente tem todos os formulários pré-estabelecidos até tem os kitinhos prontos que o pessoal da CIHDOTT deixa.
D2	Para mim o paciente doador é um paciente como qualquer outro a princípio, eu tenho as minhas tarefas, a minha avaliação física, os procedimentos, as coisas tu tem que fazer em paciente potencial doador, eu faço da mesma forma que eu faço em paciente que não seja a princípio. [...] eu não me importo de tratar ele como um paciente normal, porque a princípio a gente está preservando aqueles órgãos para uma pessoa que vai depois viver em função disso, mas não são todos os profissionais de saúde que tem essa mentalidade, isso dificulta bastante o nosso trabalho.
D3	A gente está tendo que tomar mais a iniciativa assim sem a comissão, sobrecarrega os enfermeiros da assistência e a gente tem que parar de fazer coisas da assistência para se dedicar a isso.
D4	Mas eu tenho consciência, eu acho isso importante, então o que eu posso fazer dentro da minha esfera eu faço que a gente nunca sabe o dia de amanhã, a vida é uma caixinha de surpresas, né, eu adoro esse termo caixinha de surpresa porque realmente na saúde é isso aí, a gente nunca sabe. Eu acho que é importante isso.
D5	Mas no geral especificamente com esse tipo de curso, eu acho que os funcionários no GHC em geral nunca são muito motivados para buscar conhecimento, Mas tipo, a gente vê que tem cartaz do curso tal, curso tal, curso tal, mas como é que eu vou liberar meus funcionários no meio do horário de trabalho pra fazer um curso, né, se eu já não tenho um número suficiente de funcionários na assistência para atender os pacientes? Isso não é uma dinâmica institucional, prioridade é o trabalho, se tu tiver interesse de tu ir atrás e tu conseguir te organizar no teu horários, sei lá, pedir uma dispensa, uma coisa que tu consiga dispensa com a chefia aí tu faz, mas ninguém te obriga, ninguém te diz bah vai lá, o curso é legal, vai ser bom e tal, tá eu vou, mas se eu não consegui uma troca? bah, mas eu não posso te liberar, que pena (resposta da chefia). Não é prioridade na instituição, isso é fato e com a questão de doação de órgãos então praticamente inexistente curso sobre isso, infelizmente.
D6	É o que eu digo pontualmente alguns profissionais entendem a importância disso, tanto dos médicos, dos próprios enfermeiros, quanto dos técnicos, se tu pega uma equipe, um médico que tu sabe que é consciente daquilo, o técnico é consciente daquilo é muito mais fácil, que todo mundo sabe, na verdade tu está tratando aquela pessoa, mas não é por ela, é por outras pessoas, é difícil para as pessoas às vezes terem esse altruísmo, e dizem, ah, mas o cara vai morrer, o cara não vai fazer mais nada. O que, estão dando antibiótico? O que, estão dando dieta? Por que estão coletando exame? Gastando dinheiro fazendo exame, olha o dinheiro do

	<p>SUS! A gente escuta bastante disso. O cara está morto!</p> <p>Acho que essa questão de conscientizar os profissionais da saúde eu acho que é uma coisa bem falha nessa questão, fazem campanha de doação de órgãos, para as pessoas doarem os órgãos, seus familiares, mas eu não lembro de ter visto nenhuma campanha de conscientização do profissional da saúde, o quanto ele é importante para a concretização das doações de órgãos.</p>
--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 16 - T11 - CASO 11

D	Falas Exemplos
D1	<p>Na UTI não existe nenhum papel assim, nenhuma, algo sistematizado de fácil acesso que a gente possa visualizar.</p> <p>Como enfermeira da unidade não existe assim, tu fica muito apoiada pela comissão de transplantes e pela equipe médica.</p>
D2	<p>Começa pela identificação do paciente assim, perceber um paciente que está em Glasgow 3, perceber que não tem drive ventilatório, sinalizar para o médico para poder iniciar o processo. Então manter a pressão, evitar que o paciente fique hipotérmico, taquicárdico, tentar resolver todas as questões de desequilíbrio, né, que venha a prejudicar a questão assim, identificar infecções, hiperosmolaridade assim, paciente tem muita diurese, tudo isso que possa prejudicar e essa questão de identificar também as vezes tem profissionais que vêem que o paciente, o profissional médico que vê que o paciente já está em óbito, indo a óbito, não se preocupa que esse paciente seja um doador, né.</p>
D3	<p>Já aconteceu situações assim de tu ter que te impor, não, mas esse paciente é um potencial doador, tu vai deixar assim, não vai fazer nada?</p>
D4	<p>Como enfermeira da comissão de transplantes, claro, eu fui em busca de cursos na área e conheço os protocolos, [...]</p> <p>Eu como profissional eu vejo que o potencial doador, ele é uma, ele é vida ali, né, ele é a possibilidade e a chance de muitas pessoas que estão na lista de espera.</p>
D5	<p>Existe sim, a gente conversa e a gente consegue atingir o objetivo de conseguir sensibilizar, para tudo assim, até exames que tu sabe que tem que pedir para o paciente, que tu viu que não foram feitos, daqui a pouco, já me aconteceu do médico dizer assim ah eu não vou pedir, eu já pedi muito exame, aí ah não, mas pede por isso, precisa e tal, sabe, exames que a central de transplantes estava solicitando que eram importantes para o protocolo, né, e que a pessoa se negou de pedir mais exame, não vou mais pedir, já pedi muito exame, aí tu vai lá conversa e tal e acaba conseguindo.</p>
D6	<p>Em relação a equipe médica tem pessoas que elas têm muito interesse na cultura da doação e tem outros que não tem interesse nenhum, tem pessoas que são bem diferentes, então alguns por si só eles já vêm prontos para trabalhar toda essa questão, assim, estimulados e outros tu tem que estar em cima ali, falando, observando e tal.</p> <p>A equipe de enfermagem ela sente muita necessidade assim, eu vejo, de treinamentos, de estímulo, o pessoal se conversar, assim, todo mundo tem essa cultura assim, eu já vi médicos falar ah, agora a gente está tratando mais morto do que vivo aqui, estão se preocupando mais com os mortos do que com os vivos, mas isso eu nunca vi da equipe de enfermagem, a equipe de enfermagem ela abraça, só ela precisa assim, da instituição, mais estímulo da importância que é.</p> <p>A equipe de enfermagem fica muito dependente da comissão de transplantes, não existe assim, um treinamento, um estímulo a esses treinamentos para a equipe de enfermagem, não existe.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 17 - T12 - CASO 12

D	Falas Exemplos
D1	<p>Não tem ainda assim, uma coisa escrita, mas é muito do conhecimento da equipe mesmo assim, do que já se teve.</p>
D2	<p>A gente cuida assim a questão da, até da córnea também, do olho, que isso a gente aprendeu ao longo dos anos, com o pessoal da CIHDOTT também e a gente cuida nível de pressão que</p>

	<p>a gente sabe que quanto maior o vasopressor mais vai comprometer os órgãos, então a gente tenta ter o mínimo possível de vasopressor, se mantém também a questão da temperatura que a gente sabe que é bem importante assim, basicamente acho que é isso assim, a gente vai fazendo. É mais pela lembrança do que as pessoas que vivenciaram, né.</p> <p>Então também tem muito essa participação do enfermeiro nesse sentido, eu vejo isso meu assim que já está há mais tempo e outras colegas também que estão lá há mais tempo, mas mesmo assim a gente tem dúvidas ainda.</p>
D3	[...] até a questão do cuidado do potencial doador muitas vezes como tem uma equipe mais nova que está entrando tanto de médicos quanto de enfermeiros, técnicos acaba que a gente tem que ficar lembrando muitas coisas também assim, ah não viu tal coisa, ah tem que coletar tal coisa, viu isso, viu aquilo?
D4	E acho que pessoalmente é bem enriquecedor e é bem isso, acho que é trazer de volta o valor da vida assim, por mais que seja um momento muito difícil para uma família acho que é um agradecimento pessoal que a gente está vivo e que a gente conseguiu ajudar nesse processo de fazer bem para outras pessoas também.
D5	[...] então eu acho que poderia ter mais discussão sobre isso, mais esclarecimento assim, acho que ainda cabe, sabe, mais espaço para isso.
D6	É bem, aqui eu acho que as pessoas estão um pouco mais acostumadas que em outros lugares, mas mesmo assim vai muito do profissional assim, é muito individual, alguns são mais cuidadosos, mais cautelosos, mais até rigorosos com o tempo assim, já iniciar protocolo, já iniciar os cuidados outros ah... não sei se por desconhecimento, talvez pela postura mesmo profissional já deixam mais para passar, não se preocupam tão rápido, em fazer as entrevistas ou ter algum outro cuidado, às vezes o paciente está fazendo febre não tentam medicar, não tem medicação ou ao contrário, tem alguma outra intercorrência, tem uma pressão mais baixa demoram um pouco para iniciar vasopressor, então depende as vezes do profissional também.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 18 - T13 - CASO 13

D	Falas Exemplares
D1	O protocolo que a gente tem era da nossa comissão, dos testes tudo, agora, o atendimento, como manter o potencial doador varia de cada intensivista, não tem um protocolo formal.
D2	A gente, quando o paciente vem com TCE, com AVC, as possíveis causas, que a gente vê que ele não está reagindo porque é um Glasgow 3 e que a gente já tira a sedação, a gente espera esse tempo então da sedação, começa os testes, mas antes disso a gente fica então de olho e comunica daí o intensivista quando né, sinais vitais, volume de diurese, a gente já começa cuidar a questão da córnea, tudo isso a gente já tem essa visão de ficar cuidando, mas a gente daí comunica tudo para o intensivista se vai precisar fazer alguma medicação ou não, daí a gente espera os testes que o primeiro geralmente é feito pelo neuro, o segundo pelo

	intensivista, tanto faz ou vice e versa e depois a gente espera o exame de imagem. Nesse meio tempo o paciente pode instabilizar, aí a gente faz as correções que é preciso, tudo conforme o intensivista solicita.
D3	Olha na verdade eu já tive, uma vez eu já quase discuti com o médico, né, para falar da questão da doação, mas não adianta, era uma pessoa muito intransigente. Eu tento fazer o que eu posso como enfermeira, agora quando parte para a parte médica não tem o que eu fazer, a gente fica muito frustrado.
D4	Eu penso é nos pacientes que estão na fila de espera esperando um órgão e aqui no Cristo Redentor a gente tem muitos pacientes que são potenciais doadores pelo tipo de hospital que a gente é, e a direção, gerencia, não sei quem porque eu não faço parte da gerência, não sei quem extinguiram essa equipe e nós estamos perdendo muitos pacientes.
D5	Não tem mais, esse ano não teve, que eu vi aqui, promovido pelo GHC como tinha antigamente para sensibilizar os trabalhadores do Cristo não teve, eu acho isso muito triste. Não tem. Não tem nenhum momento.
D6	É, os enfermeiros da minha equipe, que nós somos em 4 aqui, todos eles são a favor, apoiam, se esforçam ao máximo para trabalhar com o potencial doador. Os técnicos a gente tem uma pequena assim, alguns é que não sei se é por ser nível médio, eu não sei se é por não se atualizarem, tem uns que não aceitam a doação, que acham que porque um coração está batendo tem vida e que a gente só está pensando nos órgãos, a gente já tentou explicar, a gente já fez sensibilizações e não adianta, a pessoa não entende que quando tem diagnóstico de morte encefálica não tem mais vida naquele corpo, não tem por que tu estar com pena de tirar os órgãos e dar para uma outra pessoa.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 19 - T14 - CASO 14

D	Falas Exemplares
D1	Na verdade protocolos que eu acesse não, o que eu sei é que tem, a gente faz treinamentos, fez treinamentos e tem assessoria, que tinha assessoria da CIHDOTT, que não tem mais, então nós sabíamos os passos assim, mas eu sinceramente não sei onde acessar.
D2	Então não tem nada sistematizado, tu cuida em cima dos teus conhecimentos.
D3	É difícil, tu tem que estar correndo atrás, as pessoas as vezes não valorizam muito, né, não valorizam, de tu escutar, até já escutei assim a gente está aqui para cuidar, vamos, por enquanto vamos cuidar dos vivos.
D4	Eu acho que é a empatia, tu se colocar no lugar do outro e tem muita coisa também que é pessoal também assim, é tu saber que, ter um entendimento também que isso aqui é um corpo e a gente não vai usar nada desse corpo, então assim, que, eu acho até que é egoísmo, sabe, tu deixar os vermes comer lá uma coisa que pode ajudar muita gente, mas acho que o principal mesmo é empatia, é tu se colocar no lugar do outro de quem está numa fila de esperando.
D5	Olha, os cursos só mesmo tinha quando tinha a CIHDOTT, sinceramente assim, que daí tinha os cursos, tinham os encontros, né, tinha, aí depois assim fora isso assim por parte da instituição não, não tem. Tu estuda, tu lê, sabe, daí de repente os médicos são mais envolvidos com isso, alguma novidade, alguma coisa, legislação, alguma coisa, eles passam para a gente, agora, mas é assim.
D6	É difícil, tu tem que estar correndo atrás, as pessoas às vezes não valorizam muito, né, não valorizam, de tu escutar, até já escutei assim a gente está aqui para cuidar, vamos, por enquanto vamos cuidar dos vivos, tu escuta até esse tipo de coisa assim. Tu escuta ó, o CO2 está tanto, urinou tanto, claro, o que tu pode intervir tu intervinha que é temperatura, nora, isso aí essas coisas tu consegue fazer, mas tem, regular o respirador, mas tem coisas assim que não é, não tem autonomia para fazer e é muito ruim isso. Isso, exatamente, até porque não é todo o profissional daqui que investe sério, entendeu, em cuidado com o potencial doador. Não é.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 20 - T15 - CASO 15

D	Falas Exemplares
D1	Eu não me lembro bem se tem no sistema, vai muito mais acho que da cabeça.
D2	<p>Como paciente que está com droga vasoativa, eu tenho que cuidar também a ventilação, que não dessature, que eu tenho que ter uma PAM mínima, eu tenho que cuidar da temperatura, é isso. Ah, controle da diurese também a gente cuida bastante.</p> <p>Às vezes as coisas novas que surgiu agora na manutenção que agora o teste não precisa mais ser em 6 horas, existe o intervalo de 1 hora a gente ficou sabendo assim, sem querer quando aconteceu um potencial doador e que a parte médica disse não, mas agora não precisa mais de 6 horas. Então a gente fica sabendo assim pelos outros, não existe mais um repasse de informações, não existe mais uma palestra, não existe mais um treinamento que antes existia quando a comissão era atuante, agora não. Inclusive eu estou até meio atrapalhada no atender ele na hora de começar porque agora tem um outro item também que tu só pode começar o teste clínico se existe um valor de CO2 adequado que eu não sei direito porque ninguém repassou, ficou só de boca em boca, ficou muito concentrado essa informação na parte médica e não na de enfermagem.</p>
D3	Então eu não vi, eu pelo menos nunca passei nenhuma situação assim que precisasse adaptar para a assistência dele.
D4	É saber que todo esse trabalho depois vai ter um fruto e que vai beneficiar muitas pessoas que estão aí na lista de espera, morrendo na lista de espera e muitas vezes também para quem doa dá um retorno muito bom também para aquela, bah como os familiares às vezes dizem ah, tem uma partezinha do meu filho, por exemplo, que está vivendo em outra pessoa, é o que a gente às vezes ouve isso, né.
D5	Então está ruim, está ruim, a gente anda meio perdido nesses dados novos aí. Faz diferença existir esse debate mais a nível institucional mesmo, tipo assim, a comissão ela era institucional, né, muito importante para atualização, para captação, eu não tenho dados, mas a minha impressão é que diminuiu muito assim o número de casos.
D6	<p>A equipe de enfermagem é tranquila, ela, pelo menos no turno da noite ela sabe atender bem, sabe comunicar o que deve desse potencial doador.</p> <p>A equipe médica varia, né, varia do interesse de cada um, não tem uma coisa muito padrão assim, principalmente com a abertura dos testes uns dizem que ainda tem drive respiratório, muitas vezes já não tem mais, dependendo do, se for metade da noite ou de madrugada esquece, só vai ser aberto no dia seguinte, então tem alguns entraves assim.</p> <p>Horário, também dificulta. Dependendo do horário até aquela pessoa que já trabalha em hospitais como Santa Casa que fazem esse trabalho direto, dependendo do horário não rola mais.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

5 DISCUSSÃO

5.1 Os protocolos: o relativo domínio de algo codificado numa situação de trabalho.

Investigando a dimensão do agir profissional das enfermeiras no que se refere ao uso de protocolos técnicos para a doação de órgãos e transplantes, questiona-se: como são acessados e disponibilizados aos trabalhadores, protocolos sobre o tema investigado nos locais de trabalho analisados.

Faremos uma breve descrição dos dois cenários do estudo, a emergência e a UTI do HCR, haja vista que são locais com a presença de pacientes potencialmente doadores para transplantes.

A Emergência de Trauma do HCR se caracteriza por ser especializada em Traumatologia e Ortopedia, Neurocirurgia e Queimados, conhecida como Pronto Socorro da Zona Norte de Porto Alegre, com atendimento 100% SUS. Presta atendimento imediato de atenção a traumas, conforme classificação de risco, que preconiza o tempo de espera para cada atendimento segundo a gravidade do caso. Atende vítimas de acidentes de trânsito, acidentes domésticos, quedas, queimaduras, agressões e eventos neurológicos hemorrágicos agudos. Tratando-se do seu funcionamento, na Emergência de Trauma do HCR, o paciente classificado como grave/crítico é mantido em uma área física reservada denominada de sala laranja, com quatro leitos operacionais. A sala laranja é gerenciada por uma enfermeira e o apoio de três técnicas de enfermagem por turno de trabalho. A equipe de enfermagem atende os pacientes politraumatizados graves que chegam nessa sala de emergência, mantendo uma maior vigilância aos que permanecem em atendimento monitorizado e com risco de instabilidade hemodinâmica (GHC, 2020).

A UTI do HCR possui 29 leitos, com uma estrutura organizada com aparato tecnológico e humano próprio para atender pacientes graves e que exigem cuidados intensivos e específicos nas 24 horas. Possui uma equipe multiprofissional composta por profissionais qualificados para atuar no suporte avançado de vida, que atendem os pacientes em ventilação mecânica, com monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, realizando o manejo da dor, a sedação neurológica e o suporte nutricional, psicológico e social. Nessa unidade hospitalar trabalham cerca de 20

enfermeiras, sendo 04 enfermeiras por turno para gerenciar a equipe de enfermagem e continuamente estarem em alerta aos sinais e sintomas de gravidade para rápidas intervenções, objetivando a estabilidade dos pacientes aos seus cuidados.

Nas práticas discursivas analisadas, sobre a assistência a doação de órgãos, realizadas pelas enfermeiras na Emergência e na UTI do HCR, não há um reconhecimento de protocolos institucionalizados para a doação de órgãos e transplantes. Não se encontra instituída uma formalidade dos processos de doação de órgãos para a enfermagem:

Nunca cheguei a ter acesso, se é que existe algum protocolo formal que a gente siga. As informações sempre foram passadas de forma muito informal e até mesmo o conhecimento de ter toda essa comissão (T1).

Então, protocolo fechado assim que eu vou lá e puxo o book, puxo folhinha e começo a fazer, na realidade, acho que não só eu, acredito eu que ninguém siga, puxa a folha e siga este protocolo, não tem isso (T2).

Aqui na instituição eu desconheço que tenha algum protocolo vigente sobre doação de órgãos, [...] eu acho que isso aí a gente sente muita dificuldade por trabalhar com potencial doador sem ter protocolos (T6).

Na UTI não existe nenhum papel assim, nenhum, algo sistematizado de fácil acesso que a gente possa visualizar, como enfermeira da unidade não existe assim, tu ficas muito apoiada pela comissão de transplantes e pela equipe médica (T11).

Um processo de doação de órgãos constitui-se em um conjunto de ações que visa transformar um paciente que está com morte encefálica e com as condições clínicas adequadas em um doador de órgãos para transplante, sendo necessário para isso um processo organizado com os profissionais envolvidos (HERMAMM *et al.*, 2018). Mesmo que ainda não tenhamos evidências robustas sobre a manutenção do paciente doador na literatura da área, é necessário que existam orientações formais, para que seja proporcionado o mínimo de homogeneidade na condução de protocolos de doação de órgãos (WESTPHAL *et al.*, 2016).

Entretanto, no hospital estudado, a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) é identificada e reconhecida como referência institucional na orientação para a atuação no processo de doação de

órgãos para transplantes. É vista como um apoio às equipes e organizadora dos encaminhamentos do cuidado ao paciente possível doador.

A organização da CIHDOTT para mim é um protocolo (T3).

Olha, desde que eu entrei na UTI a gente sempre seguiu o protocolo que na verdade a CIHDOTT nos passava (T9).

O protocolo que a gente tem era da nossa comissão (a CIHDOTT), dos testes tudo, agora, o atendimento, como manter o potencial doador varia de cada intensivista, não tem um protocolo formal (T13).

Na verdade, protocolos que eu acesse não, o que eu sei é que tem, a gente faz treinamentos, fez treinamentos e tem assessoria, que tinha assessoria da CIHDOTT, que não tem mais, então nós sabíamos os passos assim, mas eu sinceramente não sei onde acessar (T14).

Na implementação da política pública do transplante de órgãos, a CIHDOTT possui papel estratégico, alicerçado e definido na legislação brasileira de transplantes. O regulamento técnico da CIHDOTT apresenta suas atribuições e deveres, e como ele deve ser constituído no ambiente hospitalar com amparo técnico e legal para efetivar a proposta de doação, e também qualificar os indicadores institucionais (BRASIL, 2006; TOLFO *et al.*, 2018).

Uma das funções da CIHDOTT é intermediar na interface entre o Hospital, a Central de Transplantes do Estado, a família do paciente e a equipe de enfermagem responsável pelo cuidado do paciente e deve ser acionada quando o médico abre o protocolo de diagnóstico de morte encefálica (BRASIL, 2009).

Em um breve resgate histórico, o HCR conta com uma CIHDOTT constituída de modo informal até o ano de 1999, quando passou a ser denominada Comissão Hospitalar Pró-Transplantes (CHPT). Em 2004 foi formalizada institucionalmente por meio da Portaria nº 197/04 (GHC-DS-457/04) já com a denominação de CIHDOTT, funcionando segundo o regulamento técnico instituído na Portaria de nº 1.262/06 seguindo seus preceitos legais (BRASIL, 2006).

Os membros que compõem a CIHDOTT atuam em outros setores do hospital e se inserem na comissão em escalas organizadas de plantão de sobreaviso. Ao serem acionados, se dirigem para o hospital e executam as ações para que o processo de doação aconteça com segurança jurídica, ética, cientificidade e tempo adequado. A qualificação dos membros da CIHDOTT acontece por cursos

oferecidos oficialmente pela Central de Transplantes do Estado do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2006).

O relativo domínio dos protocolos em uma situação de trabalho se constitui da apropriação de saberes científicos organizados, no caso desse estudo sobre a doação de órgãos. Organizar esses saberes e evidências poderá motivar e engajar as trabalhadoras da enfermagem a fazerem parte do processo de doação de órgãos, qualificando o cuidado. Estudos apontam que profissionais de saúde com conhecimento sobre doação de órgãos aperfeiçoam os indicadores e não só no seu ambiente de trabalho, mas também como multiplicadores na sociedade (MORAIS; MORAIS, 2012).

5.2 O domínio da realidade

Destacam-se obstáculos vivenciados por enfermeiras que atuam no processo de doação de órgãos: escassez de recursos humanos e materiais, desconhecimento dos profissionais de saúde, identificação do possível doador, realização do diagnóstico de morte encefálica, comunicação aos familiares, na manutenção da viabilidade dos órgãos para transplantes e na entrevista familiar (MORAES et al., 2014)

No presente estudo sobre as realidades do trabalho das enfermeiras nos processos de assistência ao potencial doador de órgãos, verificou-se que a questão da divisão do trabalho impõe para as enfermeiras uma dependência da categoria profissional médica, que é destacada nas práticas discursivas como algo que interfere nas iniciativas, nas dinâmicas e na continuidade do processo de doação de órgãos.

Bom, a gente tem ali as rotinas de sala e a gente trata esse doente como paciente crítico e aí muitas vezes a gente, pelo menos a enfermagem, trava nesse sentido de que quero fazer mais, porém não posso, porque eu precisaria de um respaldo médico, ou de um protocolo a ser seguido (T4).

Mas tu ficas assim, tu sabes que tu tens que a primeira coisa, manter a hemodinâmica dele para que possa ser feito o teste e aí tu ficas brigando em cima daquilo, tu aqueces o paciente, dá-se volume (por infusão intravenosa de soros), por conta muitas vezes, e isso eu já disse assim, várias vezes, que a gente acaba perdendo pulmão porque ele está encharcado, porque não se tem aqui muito a parte médica presente, então a gente fica fazendo as coisas por conta (T2).

Depende muito em qual momento que tu está, como a UTI ela é pré-dividida em horários, então digamos em horários em que os médicos são a rotina da UTI as coisas fluem mais tranquilamente, eles estão preocupados com isso e nós conseguimos negociar. Quando é plantão aí dificulta um pouco, nem todo mundo dá tanta atenção, alguns dizem que não é uma coisa que precisa se preocupar, outros realmente manejam adequadamente, mas é uma negociação mais difícil assim de ser feita. Geralmente a gente consegue, mas é mais difícil. (T9)

A restrição do poder de tomar decisões restringe também a experiência do cuidado e de lidar com os êxitos ou fracassos que advém da tomada de decisões. A dependência da categoria médica implica na diminuição da motivação das enfermeiras para desencadear o processo de doação.

Mas, se o cuidado remete ao desejo de perpetuar a vida, de tratar pessoas vivas, como fazê-lo com pessoas consideradas mortas, visto que um paciente em morte encefálica estaria clinicamente considerado sem vida? Como situar-se nessa outra dimensão de, por meio de um morto, ajudar a um outro vivo, que não é o que se encontra sobre seu cuidado imediato?

Então a gente só fica com aquele lado ruim, de que tu perdeu o paciente, de que a única coisa que tu pode fazer é tentar salvar outras vidas, porque a vida daquele paciente ali não tem mais como ser salva e aí a gente só fica com um lado da história, a gente só está do lado de cá, que é esse lado, a gente não está do outro lado, não é, que é o lado de quem está esperando aquele órgão, de quem está feliz que o telefone vai tocar e vai receber uma notícia, ou da equipe que se prepara para receber aquele órgão assim (T4).

O potencial doador de órgãos deverá ser visto como meio e, não, um fim em si mesmo. O que envolve cuidar de uma pessoa morta é o compreender que nesse cuidado estaria agregada a esperança para alguém que aguarda um órgão saudável para continuar vivendo. Isso poderá aproximar a profissional desse processo, pois tendemos a nos afastar de situações que nos trazem desconforto, considerando que esse cenário é cercado de sofrimento e impotência (CAVALCANTE, 2014).

O cuidado possui conceito de amplo espectro, que se estabelece como um ato de se solidarizar com o outro, com a noção de dever social. Um modo de estar com o outro em situações sociais especiais, tais como na promoção e recuperação da saúde ou mesmo no momento da morte (SOUZA *et al.*, 2005).

Cuidar do paciente em morte encefálica e potencial doador exige demanda física e mental dos profissionais quando comparados com outros pacientes

internados na UTI com outras patologias. Atuar na prestação de um cuidado adequado passa por incentivar, ensinar e atualizar os profissionais que assistem o paciente em morte encefálica. Enfatizando a relevância em assumir responsabilidade de promover e reconhecer as medidas terapêuticas adequadas, não permitindo menores investimentos de cuidado por parte da equipe, principalmente quando não há definição sobre a doação (BIANCHI *et al.*, 2015).

Os profissionais de saúde ampliam o grau de criação no trabalho em relação ao potencial doador, enxergando-o como um paciente grave, mas incorporando novo sentido nas interações de cuidado com parâmetros próprios e únicos sobre o sentido de viver e morrer ao identificar esse cuidado como seu.

5.3 Renormalização: o domínio da decisão pertinente no momento certo

Diante das realidades dinâmicas que se apresentam na assistência ao usuário doador de órgãos é necessário que trabalhadores realizem adequação dos protocolos de transplante de órgãos? Como as equipes adaptam suas práticas aos protocolos durante a atuação?

O processo de trabalho dos cenários do estudo, Emergência e UTI do HCR, devem acontecer com um nível elevado de resolutividade e contam com uma retaguarda de recursos de apoio diagnóstico compatíveis com a complexidade dos procedimentos e cuidados realizados nas unidades.

Na emergência do HCR, o regime de trabalho das equipes de enfermagem organiza-se de seis horas ou doze horas. As equipes de enfermagem são formadas por quatro enfermeiras e quinze técnicos de enfermagem nos turnos de trabalho diurnos e quatro enfermeiras e treze técnicos de enfermagem no noturno. A UTI do HCR não difere muito da emergência no que concerne à jornada de trabalho e transferência do cuidado (passagem de plantão), mudando somente no dimensionamento da equipe, sendo de quatro a cinco enfermeiras e de dezesseis a vinte técnicos por turno de trabalho.

Na enfermagem a responsabilidade de prestar informações na passagem da responsabilidade do cuidado é reforçada como dever do profissional no código de ética profissional que pressupõe o “prestar informações escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias a continuidade da assistência” (COFEN, 2007).

O processo da comunicação entre as equipes é um ponto de destaque nas práticas discursivas para a tomada de decisão pertinente e a concretização da doação de órgãos no momento correto, diante das complexas realidades de trabalho descritas, fortemente marcadas pela divisão de trabalho e com múltiplas equipes e turnos.

Tu vê isso até com a própria equipe médica, se não é uma coisa que é pedido para eles, se não tem alguém atuando muitas vezes a informação que a gente tem é: ah tal momento foi feito o primeiro exame, tal momento tem que ser feito o segundo exame, [mas o restante é de uma forma bem assim superficial, nesse sentido assim, na passagem de plantão tu questionar o que precisa ser cuidado ou não. É como se fosse um serviço muito a parte, tipo assim, tu não precisa fazer nada porque tem uma equipe que vai fazer isso, então por isso que nem eu disse, tu acaba não te envolvendo. A gente tem talvez, entre aspas, a obrigação de avisar se é um potencial doador, mas a nossa responsabilidade acaba ali, dali por diante só se tu receber alguma instrução muito específica (T1).

O que posso te dizer o meu foco acabou sendo em relação a pressão, em relação a temperatura, em relação a coisas que eu talvez por conhecer o que a central exige digamos assim, acabo trabalhando um pouco mais. Mas se eu sou um enfermeiro novo digamos assim, que está aqui, ele não tem muito isso, ele não tem muito esse olhar, ele vai cuidar de coisas gerais do paciente. É o meu conhecimento, se eu não tenho conhecimento eu não vou olhar (T7).

A minha preocupação maior assim é manter as condições para que ele consiga evoluir para doação e o meu empecilho nessa função toda é em relação à equipe médica, que assim, quando a gente identifica e tudo a gente corre para manter os sinais para que seja viável a doação e daí a busca de abertura de protocolo, coisa que para mim é a coisa mais difícil, né. Tu faz a tua parte, tu cuida daquele paciente. Mas tu precisas que alguém mexa num parâmetro, que alguém mexa numa medicação, que alguém mantenha os sinais daquele paciente para poder doar e tu esbarra nisso. E como é que tu faz para superar essa dificuldade? Corre, corre, corre atrás de médico até que alguém tome alguma atitude (T3).

Cada renormalização seria uma reserva de alternativas, uma maneira de propor algo para fazê-lo melhor. A renormalização é referida como um momento de dupla antecipação na atividade do trabalho, ou combinar o protocolar ao singular, o protocolo que favorece a antecipação relativa por meio das normas de trabalho, e a incorporação das singularidades das realidades (DURRIVE, 2010). A renormalização evidencia as defasagens existentes entre o trabalho prescrito e o trabalho real, o que gera necessidades constantes de diversas possíveis reconstruções das normas, que nem sempre são imitadas no passo-a-passo.

A renormalização "é tudo que eu faço no momento em que, eu, pessoa singular, com meus próprios antecedentes, minhas próprias relações com esse universo de normas antecedentes, eu entro num lugar de trabalho e eu trabalho, é isso que eu chamo de uso de si por si" (SCHWARTZ; MANCACCI, 2008, p. 13).

Os fatores que levam a renormalizar são diversos e o quê renormalizar varia de acordo com a área de atuação. Segundo uma pesquisa realizada em um serviço de emergência com auxiliares e técnicos em enfermagem, a sobrecarga de trabalho e a rotatividade de usuários apareceram como fatores determinantes para as renormalizações (LOSEKANN, 2013).

5.4 O “Uso de si por si”

O “uso de si por si” refere-se ao posicionamento que cada trabalhadora toma diante das normas com as quais se depara, confrontando-as e alterando-as, fazendo escolhas, arriscando-se, fazendo uso dos seus gostos, da sua inteligência, da sua história e da sua sensibilidade, re combinando valores e critérios na busca por uma adequação à sua realidade, o que leva cada ato de trabalho a ser único (DURAFFOUR *et al.*, 2010).

Nesse contexto, de que modo se compõe a motivação pessoal das enfermeiras para atuarem nos processos de doação de órgãos para transplante, como se implicam para organizarem e reorganizam o trabalho que as realidades lhes apresentam?

As práticas discursivas demonstram que as motivações e escolhas se encontram ligadas aos valores que defendem, a forma como percebem o mundo e como se situam nele e os princípios que se relacionam a saúde como um aspecto importante nesse processo de implicação.

Eu acho que todo mundo deveria por um momento se colocar na fila do outro lado e saber que a gente pode estar ajudando muito essas pessoas, né e é o nosso trabalho que vai fazer com que eles saiam da fila e tenham uma qualidade de vida melhor e os órgãos ofertados também sejam de melhor qualidade, né. Eu acho que é a percepção de que tu vais estar ajudando alguém lá na frente, eu acho que é saber ter a percepção de que tu estás ajudando alguém da fila do transplante, né. Acho que é isso. (T6)

[...] como enfermeira da Comissão de Transplantes, claro, eu fui em busca de cursos na área e conheço os protocolos, [...]. Eu como profissional, eu vejo que o potencial doador, ele é uma, ele é vida ali, né, ele é a

possibilidade e a chance de muitas pessoas que estão na lista de espera (T11).

E acho que pessoalmente é bem enriquecedor e é bem isso, acho que é trazer de volta o valor da vida assim, por mais que seja um momento muito difícil para uma família, acho que é um agradecimento pessoal que a gente está vivo e que a gente conseguiu ajudar nesse processo de fazer bem para outras pessoas também (T12).

Então nesse sentido assim, da gente tentar fazer o melhor, mas ao mesmo tempo é difícil, porque a gente acaba falando isso, mas muitas vezes no dia a dia passa despercebido assim, é mais um, tu entendeste? Vamos enfim, levar esse processo para o fim e aí vamos fazer a fila andar, digamos assim, no sentido assim, bom, o que dá para fazer, o que não dá para fazer (T1).

Os indivíduos são únicos e suas histórias e experiências refletem e interferem na realização do seu trabalho, o que leva a toda atividade de trabalho ser um “uso de si por si” repleta de encontros com valores próprios (FERNANDES, 2006).

Com as escolhas, sabe-se que há os riscos: “[...] de falhar, de criar dificuldades novas, de desagradar” e, ao mesmo tempo, “escolher essa ou aquela hipótese é uma maneira de se escolher a si mesmo – e em seguida de ter que assumir as conseqüências de suas escolhas” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p.191).

5.5 Debate de valores: espaços e atividades de educação

Valor é um peso que se atribui mais ou menos às coisas, uma hierarquização, uma categorização própria a cada um a propósito do que se estima, prefere, ou pelo contrário se negligencia, rejeita (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008, p. 27).

Na atividade de trabalho sempre haverá valores em jogo, uma vez que os trabalhadores fazem escolhas, conscientes ou inconscientes. E, se fazem escolhas, é em razão de critérios e, portanto, em razão de valores, e são os valores que levam à reconfiguração das normas, ou seja, às “renormalizações” (Schwartz, 2011).

Essa dimensão da competência profissional perpassa as demais dimensões, podendo potencializá-las ou não. O debate de normas ao atravessar o micro da atividade pode explicar por que uma pessoa faz as coisas de certa forma e não de outra, ou não faz, por que ela tem determinado tipo de relação com as pessoas e não outro tipo, ou se distancia. Nesse nível de investigação das dimensões da

competência analisa-se sobre a existência de como os espaços institucionais de trabalho permitem ou promovem debates sobre os projetos dos trabalhadores envolvidos nos processos de doação. Como nas próprias dinâmicas do trabalho há o incentivo para as renegociações entre as equipes de seus valores e normas técnicas sobre a doação de órgãos?

Existe muito, eu acho, aquela coisa assim de aqui nós tratamos, salvamos vidas, quem é prioritário, bom, se tiver alguém morrendo ali do meu lado com um trauma grave e entre outro (em morte encefálica) obviamente que o direcionamento é esse (com o trauma grave), né (T2).

Às vezes é o médico da UTI, se é um plantonista, como eu digo, entende a importância disso aí também ele vai e faz, mas às vezes acontece do paciente estar ali e aí fica tentando ah, vai abrir protocolo, não vai e tal, fica aquela enrolação (T10).

Faz aquele atendimento inicial, faz tudo, não é que a gente deixe de fazer ou menospreze por fazer, mas a gente sabe que no dia a dia no desabafo entre profissionais tu sempre se questiona ah, mas só um pouquinho, tomou tiro por quê? Tomou facada por quê? É bandido? É mocinho? É não sei, sabe, então sempre tem esse juízo de valor (T1).

Às vezes as coisas novas que surgiram agora na manutenção, que agora o teste não precisa mais ser em 6 horas, existe o intervalo de 1 hora a gente ficou sabendo assim, sem querer quando aconteceu um potencial doador e que a parte médica disse não, mas agora não precisa mais de 6 horas. Então a gente fica sabendo assim pelos outros, não existe mais um repasse de informações, não existe mais uma palestra, não existe mais um treinamento que antes existia quando a comissão era atuante, agora não. Inclusive eu estou até meio atrapalhada no atender ele na hora de começar porque agora tem um outro item também que tu só podes começar o teste clínico se existe um valor de CO2 adequado que eu não sei direito porque ninguém repassou, ficou só de boca em boca, ficou muito concentrado essa informação na parte médica e não na de enfermagem (T15).

O meio de trabalho também é responsável por potencializar e desenvolver o agir em competência dos indivíduos, onde a trabalhadora diante de um problema, ou sem que seja necessária uma solicitação expressa, buscará aprendizagens para lidar com as diferentes situações ou problemas, ao sentirem que naquele meio podem exercer suas atividades conforme os seus valores individuais ou coletivos (SCHWARTZ, 1998).

Atitudes, crenças e valores conflitantes dos profissionais de saúde em relação ao tema da doação de órgãos, interferem na capacidade de promover seus papéis profissionais no tema. Processos de educação sobre doação de órgãos aos

trabalhadores envolvidos com formato muito global ou geral, não preparam adequadamente os profissionais para os desafios bioéticos que as realidades da doação impõem (SMITH et al, 2019).

As enfermeiras reconhecem que uma diretriz institucional frágil gera resultados desfavoráveis à doação de órgãos. As ações institucionais de gestão do trabalho, principalmente a educação no trabalho, são experienciadas nas práticas discursivas do estudo como se a doação de órgãos não possuísse um valor maior, desmobilizando e dificultando o desenvolvimento do “uso de si”.

Mas a valorização do evento ela tem que vir de cima, ela tem que vir lá de cima, então ela tem que ser no momento em que a captação, digamos que a captação fosse uma meta institucional, se ela é um meta institucional vai ter que ser corrido atrás, a quem compete fazer manutenção, identificação, a quem compete? Então vai cair em todas as cabeças, inclusive na nossa, isso sim, porque infelizmente as pessoas não sabem trabalhar sem serem cobradas e quando são cobradas não gostam. (T2)

Então está ruim, está ruim, a gente anda meio perdido nesses dados novos aí. Faz diferença existir esse debate mais a nível institucional mesmo, tipo assim, a comissão ela era institucional, né, muito importante para atualização, para captação, eu não tenho dados, mas a minha impressão é que diminuiu muito assim o número de casos. (T15)

5.6 A sinergia com o coletivo: o trabalho em equipe

O sexto ingrediente trata do trabalho em equipe, da construção de relações complementares para a execução de uma atividade. As chamadas Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP), que não se constroem apenas por meio de normas, mas no desenrolar da execução da atividade e que demandará tempo para sua constituição (MUNIZ, 2018).

Na questão do trabalho em equipe com relação ao processo de doação de órgãos, as práticas discursivas remetem novamente ao contexto da gestão das relações de trabalho entre enfermagem e médicos.

Depende cada cabeça é uma sentença. Eu identifico membros da minha equipe que pensam iguais, igual a mim, mas não posso dizer isso da equipe como um todo, mas assim, quando eu digo que eu não posso falar da equipe como um todo, o que não tem respeito por esse paciente não tem respeito por outros pacientes também, então sabe, mas quando eu estou naquela sala, naquele momento, com aquele paciente eu exijo que a minha equipe aja à altura (T3).

A equipe de enfermagem é tranquila, ela, pelo menos no turno da noite, ela sabe atender bem, sabe comunicar o que deve desse potencial doador. A equipe médica varia, né, varia do interesse de cada um, não tem uma coisa muito padrão assim, principalmente com a abertura dos testes uns dizem que ainda tem drive respiratório, muitas vezes já não tem mais, dependendo do, se for metade da noite ou de madrugada esquece, só vai ser aberto no dia seguinte, então tem alguns entraves assim (T15).

Em relação à equipe médica tem pessoas que elas têm muito interesse na cultura da doação e tem outros que não tem interesse nenhum, tem pessoas que são bem diferentes, então alguns por si só eles já vêm prontos para trabalhar toda essa questão, assim, estimulados e outros tu tem que estar em cima ali, falando, observando e tal (T11).

É, tem muitos médicos que são extremamente engajados com essa situação de, realmente ficam em cima do paciente, fazem de tudo para se manter, mas outros simplesmente não fazem nada, para eles é um cadáver ali e aí é difícil lidar com isso, né, porque um turno fez de tudo aí no outro chega lá e abandona, aí é difícil, daí não adianta chegar no turno da noite, tu fazer tudo, mas e aí como ficaram os órgãos dele se durante seis horas a pressão ficou muito baixa, a glicemia ficou completamente alterada, a diurese também ficou inadequada para aquele turno, aí é difícil, né (T6).

O trabalho em equipe trata do “uso de si pelos outros” e remete que não trabalhamos sozinhas, e sim, em colaboração desde os colegas de trabalho até os fora da proximidade imediata, como os que avaliam o trabalho ou os que pagam pelo trabalho, ou ainda os que fazem as prescrições e as normas científicas, técnicas, organizacionais, gestionárias ou hierárquicas. Todo um conjunto intimamente presente nas escolhas dos trabalhadores, revelando um trabalho profundamente coletivo ao ser também profundamente individual (HOLZ; BIANCO, 2014).

“Trabalhar é gerir” (SCHWARTZ, 1988) — é produzir sinergias, ações ou esforços simultâneos no desempenho de uma atividade. As normas antecedentes, provenientes de um patrimônio individual, fazem com que o homem coloque em debate as suas normas de vida e seus valores com os do meio em que trabalha (DURRIVE; JACQUES, 2010).

As enfermeiras falaram sobre as dificuldades do trabalho multiprofissional, expressando a importância da participação de todos para o sucesso do processo de doação de órgãos. Realizar a construção das sinergias necessárias para envolver essa dimensão é fundamental para superar as dificuldades identificadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a ausência de protocolos institucionais próprios ao serviço de enfermagem impõe ao cuidado ao potencial doador de órgãos uma dependência, do médico, do interesse pessoal em buscar capacitação profissional para atender a complexidade do paciente em morte encefálica ou da atuação da CIHDOTT, identificada no estudo como uma norteadora do processo de doação de órgãos. O trabalho das enfermeiras no processo de doação de órgãos se apresenta em extrema dependência ao da categoria profissional médica.

Nesse contexto, o cuidado a ser oferecido ao potencial doador de órgãos aponta para uma mudança de paradigma a ser construído e para uma necessária aplicação de um processo de enfermagem amparado por uma tecnologia educacional trazendo segurança e homogeneidade na atenção ao paciente potencial doador de órgãos. Uma das estratégias para superar essa dependência sugerimos e criamos um instrumento de apoio, um checklist, que poderá auxiliar nessa construção de autonomia e possíveis renormalizações.

Apesar de a instituição possuir um programa para a doação de órgãos inclusive com a constituição de CIHDOTT próprias (nesse momento encontram-se suspensas desde o ano de 2019), ficou destacado no estudo que a organização das práticas do cuidado ao paciente em morte encefálica não é estimulada e nem facilitada pela instituição o que afeta a construção de competência segundo o referencial da Ergologia utilizado.

O debate sobre a doação de órgãos deve estar aliado aos processos tecnológicos envolvidos no cuidado necessário para garantir as melhores condições possíveis à pessoa doadora e conseqüentemente aos órgãos a serem transplantados. A temática tecnológica do processo de doação encontra-se relacionada, portanto, tanto ao papel humano e de processo de trabalho da enfermagem, tendo em vista formação e responsabilização profissional, quanto ao conhecimento científico acerca de repercussões hemodinâmicas e fisiopatológicas inerentes à morte encefálica.

Torna-se importante reexaminar continuamente processos de saberes, práticas de competências éticas e técnicas profissionais que envolvem as equipes

multiprofissionais que atuam no processo de doação de órgãos nas unidades estudadas.

Nesse contexto, a comunicação entre os trabalhadores nos ambientes que atendem pacientes críticos assume importância para o cuidado, problemática identificada nas práticas discursivas, o que reforça a necessidade de aliar espaços de promoção de debates à criação de instrumentos de diretrizes científicas, para que sejam consensualizados nas realidades de trabalho onde ocorre o cuidado.

Os resultados identificados neste estudo contribuem para potencializar a discussão sobre o agir em competência da enfermeira assistencial na doação de órgãos. Compreender esse agir através dos relatos das experiências do dia a dia apontam para a uma política institucional mais efetiva e ampla em relação à doação de órgãos e sugerimos: a instituição de protocolos assistenciais de cuidado ao potencial doador, incentivando a interdisciplinaridade no cuidado ao potencial doador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMY, E. K. *et al.* Reflection on the interface between patient safety and the nursing process. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 7, n. 1, p. 272-278, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES E ÓRGÃOS (ABTO). **Registro Brasileiro de Transplantes Estatística de Transplantes**. São Paulo, ABTO, 2019. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RESOLUÇÃO RE nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 23 abr 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS (ABTO). Registro Brasileiro de Transplantes (RBT). **Veículo oficial da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos**. XXVI Nº 3 - Jan/Set de 2020. Disponível em: <<https://site.abto.org.br/publicacao/xxvi-no-3-jan-set-de-2020/>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BARRETO, L. N. M. *et al.* Impaired physiological equilibrium syndrome in potential organ donors: identification of defining characteristics. **Enfermería Global**, v. 18, n. 3, p. 678-692, 2019.

BIANCHI, M. *et al.* Nursing Identification Diagnosis to the Potential Organ Donor Patient. **Uniciências**. v. 19, n. 2, p. 174-180, 2015.

BRASIL. **Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968**. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1968. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5479-10-agosto-1968-358591-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997**. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9434.htm>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 905, de 16 de agosto de 2000.** Estabelecer que a obrigatoriedade da existência e efetivo funcionamento de Comissão Intra-hospitalar de Transplantes. Brasília, DF, Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0901_16_08_2000.html>. Acesso em: 13 abr 2020

BRASIL. **Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001.** Altera os dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10211.htm>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.752, de 23 de setembro de 2005.** Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 160-E, p. 119, 18 ago 2000. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_1752.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.510, de 19 de dezembro de 2005.** Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 104, p. 63, 2 jun 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt_2510_19_12_2005.html>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.262, de 16 de junho de 2006.** Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). **Diário Oficial da União.** 19 jun. 2006; seção 1:41-4

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009.** Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 104, p. 28, 2 jun 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2013_gt_revisao_rol/20130520-doc12_contribconsnacdesauderegulamentotecnicosnt.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011.** Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html>. Acesso em: 10 abr 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução RE nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 112, p. 59, 13 de jun 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 13 abr. 2019.

CAVALCANTE, L. P. *et al.* Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 567-572, dez, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000600567&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 dez 2020

CICOLO, E. A.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J. Doação e transplante de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 274-278, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução RE nº 292, de 7 de junho de 2004**. Normatiza a Atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. Rio de Janeiro, RJ: COFEN, 2004. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2922004_4328.html>. Acesso em: 13 abr. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução RE nº 2173, de 15 de dezembro de 2017**. Brasília, DF: CFM, 2017. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

D'IMPERIO, F. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 74-84, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2020.

DURAFFOURG, J.; DUC, M.; DURRIVE, L. O trabalho e o ponto de vista da atividade. *In*: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. 47-87 p.

DURRIVE, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 47-67, 2011.

DURRIVE, L.; JACQUES, A. M. O formador ergológico ou “Ergoformador”: uma introdução à ergoformação. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. p. 295-307.

DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y. Revisões temáticas: glossário da Ergologia. **Laboreal**, v. 4, n. 1, p. 23-28, 2008.

DURRIVE, L. A experiência é formadora? **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 35-48, 2010.

FERNANDES, K. R.; ZANELLI, J. C. O processo de construção e reconstrução das identidades dos indivíduos nas organizações. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 55-72, mar. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552006000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 out 2020.

FERREIRA, F. R.; COUTINHO, H. D. M.; MARTINS, G. M. A. B. Papel da enfermagem na manutenção de um potencial doador de órgãos em morte encefálica: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 72, n. 11, p. 12-19, 2015.

FLODÉN, A.; FORSBERG, A. A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors.

Intensive and Critical Care Nursing. [SL], v. 25, n. 6, p. 306-313, 2009. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339709000512>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

FREIRE, M. Mortes de pacientes na fila dos transplantes saltam 44% na pandemia. **Folha de São Paulo [online]**. 2020. Disponível em: <www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/09/mortes-de-pacientes-na-fila-do-transplante-saltam-44-na-pandemia.shtml>. Acesso em: 14 de setembro de 2020.

GARCIA, C. D.; GARCIA, V. D.; PEREIRA, J. D. **Manual de Doação e Transplantes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

GUETTI, N. R.; MARQUES, I. R. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 91-97, 2008.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). Quem somos. Porto Alegre, GHC, 2020. Disponível em: <<https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

HART, J. L.; KOHN, R.; HALPERN, S. D. Perceptions of organ donation after circulatory determination of death among critical care physicians and nurses: a national survey. **Critical care medicine**. [SL], v. 40, n. 9, p. 2595-2600, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22732286>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

HERMAMM, K. C.; ARRUDA, S.; CASTRO, D. E.. Processo de doação de órgãos e tecidos. In: SANTOS, M. N. dos; MEDEIROS, R. M.; SOARES, O. M. (Org). **Emergência e Cuidados Críticos para Enfermagem: CONHECIMENTOS – HABILIDADES – ATITUDES**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Moriá Editora. 992p.

HOLZ, E. B.; BIANCO, M. de F. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. **Cad. EBAPE - BR**, Rio de Janeiro, v. 12, n. spe, p. 494-512, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512014000700008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2021.

LOSEKANN, M. V. **Saberes de técnicos e auxiliares de enfermagem reinventando o trabalho e qualificando a arte de cuidar**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2013. 198 f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2013. Disponível em: 000882252.pdf (ufrgs.br). Acesso em: 10 dez. 2020.

MAIA, L. Doe órgãos. A vida precisa continuar. **Ministério da Saúde – Governo Federal**, set. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/doe-orgaos-a-vida-precisa-continuar>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MENDES, Karina Dal Sasso *et al.* Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 945-953, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAIS, Taise Ribeiro; MORAIS, Maricelma Ribeiro. Organ donation: you need to educate to advance. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 633-639, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out 2020.

MORAES, Edevaldo Leal *et al.* . Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. latino-am. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 226-233, mar./abr. 2014.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. do C. **Análise textual discursiva**: processo reconstrutivo de múltiplas faces. *Ciência & Educação*, v. 12, n. 1, p. 117-128, 2006.

MUGNOL, M.. A educação a distância no Brasil: conceitos e fundamentos. **Revista Diálogo Educacional**, [S.l.], v. 9, n. 27, p. 335-349, jul. 2009. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/3589>>. Acesso em: 30 jun. 2019

MUNIZ, H. P.; SANTORUM, K. M. T.; FRANCA, M. B. Corpo-si: a construção do conceito na obra de Yves Schwartz. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 69-77, ago, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922018000200069&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2020.

NABINGER, L. *et al.* Diagnósticos de enfermagem prevalentes em potenciais doadores de órgãos em morte encefálica. In: Marcus Fernando da Silva Praxedes (Org). **A enfermagem centrada na investigação científica**. Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

RECH, T. H. ; RODRIGUES FILHO, E. M.. Manuseio do potencial doador de órgãos. **Rev. bras. ter. intensiva** , São Paulo, v. 19, n. 2, pág. 197-204, junho de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2020.

ROCHA, D. F. da R.. Seção 3: Tópicos especiais. Processo de doação de órgãos e tecidos. In:SANTOS, M. N. dos; SILVA, W. P. (Org). **Enfermagem no Trauma**. Moriá Editora, 2019.

SANTOS, J. L. dos; BUENO, S. M. V.. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. **Rev Esc Enf.** v. 45, n. 1, p. 272-276, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100038>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF, 2007.

SCHWARTZ, Y.; MENCACCI, N. Trajectoire ergologique et genèse du concept d'usage de soi. **Informática na educação: teoria & prática**. Porto Alegre, v.11, n.1, p. 9-13, jan./jun. 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Nicole_Mencacci/publication/342988173_08_Informatica_na_educacao_Schwartz_Mencacci/links/5f10789f299bf1e548ba993d/08-Informatica-na-educacao-Schwartz-Mencacci.pdf >. Acesso em: 13 out 2020.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trab. educ. saúde**. n. 9, v. 1, p.19-45, 2011.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-140, dez. 1998.

SILVA, A. M.; SILVA, M. J. P. da. A preparação do graduando de enfermagem para abordar o tema mort

e e doação de órgãos. **Rev Enferm UERJ**. v. 15, n. 4, p. 549-54.2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14942&indexSearch=ID>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

SIQUEIRA, M. M. *et al.* Indicadores de eficiência no processo de doação e transplante de órgãos: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 2016, v. 40, n. 2, pp. 90-97. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2016.v40n2/90-97/#>>. Acesso em: 13 out 2020.

SMITH, Z *et al.* Australian perioperative nurses' attitudes, levels of knowledge, education and support needs related to organ donation and procurement surgery: A national survey. **Journal of Perioperative Nursing**, 32(2), 5–19. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1044>. Acesso em 05 de dez. 2020.

SOUZA M.L *et al.* Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 6, p. 266-70, abr./jun. 2005.

TOLFO, F. D. *et al.* A atuação do enfermeiro em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos [The role of nurses in the intra-hospitalar organ and tissue donation commission] [El papel de la enfermera en la comisión intrahospitalaria de donación de órganos y tejidos]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 26, p. e27385, ago. 2018. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/27385>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da Práxis**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 440 p.

WESTPHAL, G. A. *et al.* Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido: parte II. Ventilação mecânica, controle endócrino metabólico e aspectos hematológicos e infecciosos. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 269-282, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2011000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2020.

WESTPHAL, G. A. *et al.* Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 220-255, set, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2016000300220&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out 2020.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO A PARTICIPAR DE UMA PESQUISA ACADÊMICA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE, DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS. A PESQUISA É INTITULADA: “TECNOLOGIAS DE ENFERMAGEM NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA ANÁLISE QUALITATIVA NO HOSPITAL CRISTO REDENTOR, EM PORTO ALEGRE/RS”, QUE POSSUI O OBJETIVO PRINCIPAL DE ANALISAR PRÁTICAS DISCURSIVAS DA ENFERMAGEM SOBRE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS NA EMERGÊNCIA, UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA DO HOSPITAL CRISTO REDENTOR, EM PORTO ALEGRE/RS. O TRABALHO ESTÁ SENDO REALIZADA PELA MESTRANDA ANDRÉA MARIA PEDROSA GOMES, SOB A ORIENTAÇÃO DA PROF. DRA. CRISTINE MARIA WARMLING. O TEMA ESCOLHIDO SE JUSTIFICA PELA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHADORES E DAS AÇÕES EM EDUCAÇÃO. ESSE DOCUMENTO POSSUI TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS SOBRE A PESQUISA QUE ESTÁ SENDO REALIZADA. SUA COLABORAÇÃO NESTE ESTUDO É MUITO IMPORTANTE, MAS A DECISÃO EM PARTICIPAR DEVE SER SUA. PARA TANTO, LEIA ATENTAMENTE AS INFORMAÇÕES ABAIXO E NÃO SE APRESSE EM DECIDIR. SE VOCÊ NÃO CONCORDAR EM PARTICIPAR OU QUISER DESISTIR EM QUALQUER MOMENTO, ISSO NÃO CAUSARÁ NENHUM PREJUÍZO A VOCÊ. SE VOCÊ CONCORDAR EM PARTICIPAR BASTA ASSINAR ESSA DECLARAÇÃO CONCORDANDO COM A PESQUISA. SE VOCÊ TIVER ALGUMA DÚVIDA PODE ESCLARECÊ-LA COM AS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA. PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS DO ESTUDO SERÁ REALIZADA UMA ENTREVISTA APROFUNDADA SEGUINDO UM ROTEIRO ABERTO DE PERGUNTAS, QUE SERÁ GRAVADA EM ÁUDIO E TRANSCRITA PARA FUTURAS ANÁLISES. VOCÊ DEVE RESPONDER LIVREMENTE. OS PESQUISADORES ENVOLVIDOS NO PROJETO CONHECERÃO ESSE MATERIAL PARA DISCUTIR OS RESULTADOS. TODOS OS PROCEDIMENTOS PARA A GARANTIA DA CONFIDENCIALIDADE AOS PARTICIPANTES SERÃO OBSERVADOS, PROCURANDO-SE EVITAR DESCREVER INFORMAÇÕES QUE POSSAM LHE COMPROMETER. OS BENEFÍCIOS ALMEJADOS COM A PESQUISA SERÃO DE QUE SE ESPERA CONTRIBUIR PARA UMA ATENÇÃO EM SAÚDE NA ÁREA DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS QUALIFICADA E EM CONSONÂNCIA COM A CONSTRUÇÃO DE UMA CULTURA DOADORA INSCRITA NA ATIVIDADE LABORAL DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA ENFERMAGEM. O RISCO QUE VOCÊ PODE CORRER AO REALIZAR A PESQUISA É DE SE SENTIR CONSTRANGIDO COM AS PERGUNTAS REALIZADAS, CASO ISSO OCORRA VOCÊ PODE INTERROMPER A ENTREVISTA A QUALQUER MOMENTO E DESISTIR DA PARTICIPAÇÃO. HÁ TAMBÉM O RISCO DE SER IDENTIFICADO, MAS TODOS OS CUIDADOS DE SIGILO SERÃO ADOTADOS PARA EVITAR ESSE RISCO. CASO VOCÊ POSSUA PERGUNTAS SOBRE O ESTUDO OU SE PENSAR QUE HOUE ALGUM PREJUÍZO PELA SUA PARTICIPAÇÃO NESTE

ESTUDO, PODE CONVERSAR A QUALQUER HORA COM A COORDENADORA DA PESQUISA. OS DADOS OBTIDOS SERÃO ARMAZENADOS PELA PESQUISADORA PRINCIPAL DURANTE CINCO (CINCO) ANOS E APÓS TOTALMENTE DESTRUÍDOS (CONFORME PRECONIZA A RESOLUÇÃO 466/12). O ESTUDO PREVÊ O USO DOS DADOS PARA PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS E DE CUNHO EDUCACIONAL, SEMPRE SE PRESERVANDO O SIGILO E A IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS. EU, _____, EMAIL _____, RECEBI AS INFORMAÇÕES SOBRE OS OBJETIVOS E A IMPORTÂNCIA DESTA PESQUISA DE FORMA CLARA E CONCORDO EM PARTICIPAR DO ESTUDO. DECLARO QUE TAMBÉM FUI INFORMADO: QUE O RISCO PREVISTO NESTA PESQUISA É A POSSIBILIDADE DE CONSTRANGIMENTO OU DESCONFORTO DIANTE DAS PERGUNTAS, MAS QUE PODEREI COMUNICAR A PESQUISADORA E QUE A PESQUISA PODERÁ SER INTERROMPIDA A QUALQUER MOMENTO; DA GARANTIA DE RECEBER RESPOSTA A QUALQUER PERGUNTA OU ESCLARECIMENTO ACERCA DOS ASSUNTOS RELACIONADOS A ESTA PESQUISA; DE QUE MINHA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA E TEREI A LIBERDADE DE RETIRAR O MEU CONSENTIMENTO A QUALQUER MOMENTO E DEIXAR DE PARTICIPAR DO ESTUDO, SEM QUE ISTO TRAGA PREJUÍZO PARA A MINHA VIDA PESSOAL E NEM PARA O ATENDIMENTO NA INSTITUIÇÃO OU NA MINHA ATUAÇÃO PROFISSIONAL; DA GARANTIA QUE NÃO SEREI IDENTIFICADO QUANDO DA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS E QUE AS INFORMAÇÕES SERÃO UTILIZADAS SOMENTE PARA FINS CIENTÍFICOS DO PRESENTE PROJETO DE PESQUISA; SOBRE O PROJETO DE PESQUISA E A FORMA COMO SERÁ CONDUZIDO E QUE EM CASO DE DÚVIDA OU NOVAS PERGUNTAS PODEREI ENTRAR EM CONTATO COM AS PESQUISADORAS: ANDRÉA MARIA PEDROSA GOMES, TELEFONE 98285- 4840, EMAIL: ANDREA.NURSE@BOL.COM.BR E CRISTINE MARIA WARMLING, TELEFONE 99199-4058 OU 33085025, E-MAIL: CRISMWARM@GMAIL.COM NO ENDEREÇO RUA RAMIRO BARCELOS 2492, 3º ANDAR, SALA DO DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL, PORTO ALEGRE/RS); TAMBÉM QUE, SE HOVER DÚVIDAS QUANTO A QUESTÕES ÉTICAS, PODEREI ENTRAR EM CONTATO COM DANIELA MONTANO WILHELMS, COORDENADORA-GERAL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISADO GHC PELO TELEFONE 3357-2805, ENDEREÇO AV. FRANCISCO TREIN 326, CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – CETPS, GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA, DAS 08H ÀS 12H E DAS 14H:30MIN ÀS 15:30H. DECLARO QUE RECEBI UMA VIA DESTE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, FICANDO A OUTRA VIA COM A PESQUISADORA.

PORTO ALEGRE, _____, DE _____ DE 2019.

ASSINATURA PESQUISADORA

ENFA. ANDRÉA MARIA PEDROSA GOMES

COREN 113187.

ASSINATURA PARTICIPANTE

NOME:

APÊNDICE B – Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TECNOLOGIAS DE ENFERMAGEM NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA ANÁLISE QUALITATIVA NO HOSPITAL CRISTO REDENTOR, EM PORTOALEGRE/RS

Pesquisador: Cristine Maria Warmling

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 19793219.8.0000.5530

Instituição Proponente: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO SA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.637.288

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de pesquisa do Mestrado Profissional do GHC. E envolve o processo de Manutenção do Potencial Doador de órgãos. As pesquisadoras destacam que para a doação de órgãos é imperioso uma manutenção adequada do potencial doador evitando com essa ação o descarte desses enxertos. Acreditam ser de fundamental importância o debate sobre a doação de órgãos e o conhecimento científico acerca das repercussões hemodinâmicas e fisiopatológicas inerentes à morte encefálica e dos cuidados necessários para garantir as melhores condições funcionais possíveis

dos órgãos a serem retirados e transplantados. A proposta de pesquisa ao identificar as responsabilidades da equipe de enfermagem ao participar do processo de doação de órgãos poderá baseada nos resultados, apontar a necessidade da implementação de uma política institucional educacional sistematizada sobre a doação de órgãos à direção do Hospital Cristo Redentor, sendo a captação de órgãos um dos compromissos

sociais do referido nosocômio. Para isso, propõe-se um estudo de caso (YIN, 2010) e abordagem qualitativa. Uma das ferramentas de análise dos dados a serem utilizadas a fim de alcançar os objetivos será a técnica da Análise Textual Discursiva o que compreende um conjunto de técnicas interpretativas que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Através dos achados da pesquisa considera-se possível contribuir para a compreensão das práticas profissionais da equipe de enfermagem que trabalham nas áreas críticas

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

APÊNDICE C – CHECKLIST MANUTENÇÃO BÁSICA DO POTENCIAL DOADOR



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO SERVIÇO DE ENFERMAGEM CHECKLIST MANUTENÇÃO BÁSICA DO POTENCIAL DOADOR (PD)

Etiqueta do paciente:

Data:

Considerando que a adequada atenção e cuidado ao paciente potencial doador de órgãos e tecidos é fundamental para a obtenção de um enxerto de qualidade, segue orientações abaixo:

A- Cuidados oculares:		
- realizar higiene ocular com soro fisiológico ou água estéril;	M () T () N ()	
- manter as pálpebras fechadas;	M () T () N ()	
- cobrir os olhos com gaze umedecida em SF 0,9% para manter a córnea viável.	M () T () N ()	
B- Ventilação:		
- pressão do balonete entre 15 a 20 mmHG ou de 20 a 30 cm de H2O;	M () T () N ()	
- aspirar o TOT sempre que houver secreção;	M () T () N ()	
- manter cabeceira a 30°;	M () T () N ()	
- realizar higiene oral, intensificando o controle de infecção respiratória;	M () T () N ()	
- realizar mudança de decúbito, prevenindo atelectasias;	M () T () N ()	
- monitorar SatO2 idealmente > 95%.	M () T () N ()	
C- Temperatura corporal:		
- utilizar manta térmica ou similares;	M () T () N ()	
- manter atenção horária da temperatura corporal (36 a 37,5°C);	M () T () N ()	
- infusão intravenosa aquecida (43°C);	M () T () N ()	
- evitar exposição desnecessária do corpo para não ter perda de calor para o ambiente;	M () T () N ()	
- aquecer os gases da ventilação (42 a 46°) se possível.	M () T () N ()	
D- Pressão arterial:		
- manter PAM entre 60 mmHg e 80 mmHG;	M () T () N ()	
- ou PAS > 90 mmHg;	M () T () N ()	
- manter acessível carrinho de parada cardiorrespiratória;	M () T () N ()	
- observar sinais flogísticos nos dispositivos venosos.	M () T () N ()	
* A critério médico reposição volêmica com fluidos aquecidos como primeira medida para tratamento da hipotensão ou uso de medicação vasopressora após a reposição volêmica não efetiva.		
E- Controle do débito urinário:		
- cuidados com sonda vesical;	M () T () N ()	
- manter atenção horária e aferição frequente do volume urinário.	M () T () N ()	
* Comunicar imediatamente poliúria	M () T () N ()	
F- Controle da Glicemia:		
- glicemia capilar a cada 6 horas.	M () T () N ()	
* Comunicar imediatamente hiperglicemia.		
G- Outras orientações gerais:		
- gasometria a cada 6 horas; PaO2>90mmHg / PaCO2 35-45mmHg / pH>7,2;	M () T () N ()	
- controle da titulação dos vasopressores com rigor;	M () T () N ()	
- lembrar que hipovolemia é a principal causa de instabilidade hemodinâmica;	M () T () N ()	
- corrigir hiperglicemia por ser um importante estímulo pró-arritmico;	M () T () N ()	
- transfusão de sangue quando hemoglobina (Hb) < 7 g/dl;	M () T () N ()	
- reposição de bicarbonato de sódio quando em acidose metabólica,	M () T () N ()	
- dosar Na, K, Mg, P, Ca a cada 6 horas;	M () T () N ()	
- Diabete Insípido; parâmetro de diurese > 300ml/h - DDAVP 2mcg IV a cada 4 horas até diurese < 300 ml/h;	M () T () N ()	
- Manter sódio 130 –150mEq/L.	M () T () N ()	
Referência bibliográfica:		
Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido, 2011.		
Emergência e cuidados críticos para enfermagem, 2018.		
Diagnósticos e intervenções de enfermagem aplicáveis ao potencial doador de órgãos e tecidos, 2010.		