

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Tatiane Ribeiro da Silva**

**O PENSADO E O VIVIDO NO COTIDIANO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR  
DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: COM A  
PALAVRA OS ENFERMEIROS**

**Juiz de Fora  
2018**

**Tatiane Ribeiro da Silva**

**O PENSADO E O VIVIDO NO COTIDIANO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR  
DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: COM A  
PALAVRA OS ENFERMEIROS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*, Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Linha da Pesquisa:** “Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde Enfermagem”.

**Orientador:** Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves

**Juiz de Fora**

**2018**

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Elaborado de acordo com o Guia de Apresentação de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva, Tatiane Ribeiro da.

O pensado e o vivido no cotidiano da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante: com a palavra, os enfermeiros / Tatiane Ribeiro da Silva. -- 2018.

97 f.

Orientador: Marcelo da Silva Alves

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2018.

1. Enfermagem. 2. Transplantes. 3. Morte Encefálica. 4. Doação.  
I. Alves, Marcelo da Silva, orient. II. Título.



TATIANE RIBEIRO DA SILVA

**O PENSADO E O VIVIDO NO COTIDIANO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE  
DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: COM A PALAVRA OS  
ENFERMEIROS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, da Universidade Federal de  
Juiz de Fora - UFJF, como parte dos  
requisitos necessários à obtenção do título  
de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 17/10/2018

Prof.º Dr.º Marcelo da Silva Alves  
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)  
Presidente (Orientador)

Prof.º Dr.º Meiriele Tavares Araujo  
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)  
1º Avaliador (a)

Prof.º Dr.º Kelli Borges dos Santos  
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)  
2º Avaliador (a)

## DEDICATÓRIA

*“Um agradecimento aos facilitadores da vida. Aos que chegam antes, destrancam portas, varrem caminhos, lustram o opaco, mas sem nunca serem vistos.” (Padre Fábio de Melo)*

*Aos enfermeiros, amigos e membros da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos Tecidos para Transplante (CIHDOTT), que se dispuseram a participar deste estudo, tornando meu sonho realidade.*

## **AGRADECIMENTOS**

Minha trajetória na saúde se iniciou como técnica de enfermagem, tive a oportunidade de atuar nessa função por cinco anos, sendo quatro deles durante minha graduação. Inúmeras dificuldades foram enfrentadas nesse período, porém o desejo de ser enfermeira, de fazer a diferença e de obter conhecimento foi maior. Terminei minha graduação em agosto/2012, e após dois meses, recebi a oportunidade de assumir como enfermeira na instituição em que eu era técnica, foi um aprendizado pessoal e profissional grandioso, continuo atuando desde então como enfermeira assistencial.

E hoje, ao me lembrar da minha trajetória, escrevendo meus agradecimentos, me emociono e percebo que houve inúmeros obstáculos, enfrentamentos e dificuldades, mas que têm sido superados e vencidos a cada etapa. Em setembro de 2016, eu iniciava o mestrado, um sonho tornando-se realidade. Hoje consigo visualizar o quanto me dediquei, as noites em claro, madrugadas estudando e escrevendo, aulas após 12 horas de plantão noturno, leituras e mais leituras. O mestrado, apesar das dificuldades, foi um divisor de águas na minha vida pessoal e profissional e hoje posso dizer, com o maior orgulho que minha trajetória acadêmica se inicia.

No decorrer do meu caminho, deparei-me com pessoas que foram eternos anjos, que não me deixaram desistir, que acreditaram na minha capacidade e me motivaram dia após dia nessa trajetória. Estes estarão presentes em minhas orações até o fim.

Primeiramente agradeço a Deus, que, em sua eterna bondade, conduziu-me, direcionou-me, esteve presente nos meus momentos de dor e desespero, ouvindo minhas orações e aquietando meu coração, fazendo-me acreditar que, tudo em determinado momento, daria certo.

Sou grata também ao ser que chegou para alegrar minha vida, para eu cuidar e ser cuidada, a quem eu atribuo o mais sincero significado da palavra amor, à minha irmã, Thayane Ribeiro, que sempre foi luz na minha vida e presença fundamental nesses dois anos. Esteve junto comigo desde o processo seletivo, a entrevista, apresentação do projeto e a tão esperada aprovação, enxugou minhas lágrimas por várias noites, ofereceu-me seu abraço nos momentos de desesperança e me deu força para seguir em frente. A você, meu eterno agradecimento e a

certeza de que luto dia após dia para ser um exemplo de pessoa, profissional e irmã para sua vida.

Agradeço ao meu amor, amigo e namorado, Fernando Antônio, que sempre esteve ao meu lado, nos momentos de angústia, motivando-me, incentivando-me e dizendo a todo tempo: “Vai dar certo”. Peço-lhe perdão pelas minhas ausências, meu estresse, minhas mudanças de humor nesse período. Hoje posso dizer que essa vitória é nossa e que muitas ainda estão por vir. Obrigada por acreditar e viver esse sonho comigo.

À Mestra e amiga Patrícia Rodrigues Braz, um presente que ganhei no mestrado, amizade que levarei para sempre. Obrigada por me receber de forma tão calorosa no mestrado, pela paciência, dedicação e disponibilidade dispensadas a mim e por me acolher no momento em que mais precisei. Não tenho como agradecer tudo que fez por mim durante o mestrado, os ensinamentos, as contribuições valiosas feitas à minha dissertação, palavras me faltam nesse momento. Você tornou minha caminhada mais leve, permitiu-me acreditar na minha capacidade, incentivou-me nos momentos de desânimo e dedicou seu tempo a me ajudar nessa etapa. Sua luz contagia os que estão a sua volta. Uma frase que sempre irei carregar comigo é esta: “Ninguém está pronto, estamos em constante aprendizado”. Muito Obrigada! Você estará eternamente em meu coração.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves, que se disponibilizou a me orientar e assumir comigo o desejo de realizar esta pesquisa. Obrigada por compreender meu cansaço em muitos momentos, por acreditar na minha capacidade e por me apresentar referenciais que fizeram a diferença não só na minha pesquisa, mas também na minha vida profissional e pessoal.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Meiriele Tavares agradeço o aceite do convite de forma tão solícita em compor minha banca, agradeço ainda a leitura do meu trabalho e a dedicação a ele, bem como as excelentes contribuições oferecidas durante minha qualificação.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kelli Borges dos Santos, que me acompanhou na defesa do projeto, qualificação e defesa final, em quem eu me espelho como enfermeira, docente e pesquisadora. Uma profissional dedicada e extremamente competente, um exemplo a ser seguido. Meu eterno agradecimento pelos ensinamentos, pela leitura criteriosa e pelas contribuições grandiosas ao meu trabalho. Muito Obrigada!

Ao Prof. Dr. Fábio da Costa Carbogim, suplente interno da minha banca, agradeço as contribuições, por me motivar, a dedicação ao programa e por

incentivar nossas publicações, contribuindo de forma brilhante para que as mesmas aconteçam. Obrigada!

Agradeço à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isabela Cancio Velloso, suplente externa, que dedicou seu tempo à leitura do meu trabalho, realizando contribuições pontuais na minha dissertação.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristina Arreguy Sena agradeço a dedicação, o compromisso e a seriedade oferecidos ao programa de Mestrado, agradeço por compartilhar seus conhecimentos, as brilhantes aulas, oferecendo subsídios para desenvolvimento da minha dissertação.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anna Maria Salimena, que se fez presente na coordenação durante parte do meu percurso como mestranda.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nádía Fontura Sanhudo, atual coordenadora do Programa de Mestrado.

À secretária do mestrado Wanessa Alonso, pela atenção e pela disponibilidade em nos ajudar nos momentos de dificuldade.

Aos amigos e mestrandos com quem tive o prazer de compartilhar momentos de alegria e também de tristeza. Amanda Conrado e Ramon Pacheco, vocês foram e são realmente especiais nessa caminhada. Obrigada pelo carinho e incentivo!

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa “Filosofia e Sociologia do Cuidado Humano no Cotidiano da Saúde e da Enfermagem” pelas trocas de conhecimento.

Aos discentes que cursaram a disciplina “Enfermagem em Saúde Mental”, que tive a oportunidade de acompanhar e com os quais vivenciei minha prática de ensino. Vocês me motivaram ainda mais a realizar meu sonho de ser docente. Obrigada pelo carinho e conhecimento compartilhado.

A todos os amigos e enfermeiros que estiveram ao meu lado nessa jornada.

Gratidão! Por mais uma etapa concluída e por esse Sonho Realizado!

*“Se um dia um médico determinar que meu cérebro parou de funcionar e que, portanto, a minha vida acabou, peço que não se esforcem em introduzir vida artificial em meu corpo através de aparelhos. Em vez disso, deem minha visão a um homem que nunca tenha visto o alvorecer, nem o rosto de uma criança, ou o amor nos olhos de uma mulher. Deem meu coração para uma pessoa cujo coração não tenha sentido outra coisa em sua vida senão infinitos dias de dor. Deem meus rins para alguém que dependa de uma máquina para sobreviver, semana após semana. Tomem meu sangue, meus ossos, meus músculos e nervos do meu corpo e descubram um modo de fazer com que uma criança paralisada, através deles, possa caminhar. Explore cada canto do meu cérebro. Tomem dali as minhas células e, se necessário, deixam-nas crescer para que um garotinho possa gritar bem alto, com sua própria voz, o gol marcado pelo seu time. Que através delas uma garota surda consiga ouvir o som da chuva batendo contra sua janela. Queimem o que restou de mim e que as cinzas sejam sopradas ao vento para, quem sabe, ajudar as flores a crescer. E se você realmente libertar alguma coisa, que sejam então os meus defeitos, minhas fraquezas e todos os preconceitos contra o meu semelhante. Deem minha alma a Deus”. (Autor desconhecido)*

## RESUMO

Objetivo: compreender o cotidiano vivido dos enfermeiros da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) em uma instituição hospitalar privada da Zona da Mata Mineira. Método: pesquisa de abordagem qualitativa. Utilizou-se como referencial metodológico para coleta e análise dos depoimentos “a Sociologia Compreensiva do Cotidiano de Michel Maffesoli”. Em seguida, foram elaboradas as categorias analíticas. Resultados: participaram do estudo 11 enfermeiros atuantes na comissão. As informações foram obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas de julho a dezembro de 2017. Dos 11 participantes do estudo, 72% eram mulheres e 28% homens. Os participantes possuíam média de idade de 35 anos, variando de 29 a 51 anos. Quanto à raça, oito se declararam brancos e três, negros. O tempo de trabalho na comissão variou de dois meses a seis anos, com média de dois anos e sete meses. Os enfermeiros em sua totalidade informaram não possuir especialização na área de transplantes. O tempo de duração das entrevistas variou entre 30 minutos e duas horas. Para a análise das informações, constituiu-se as categorias analíticas, a saber: O ser enfermeiro da CIHDOTT; Relação com a família; Abordagem Sensível; Treinamento e Capacitação como necessidades desse fazer. Conclusão: o cotidiano do enfermeiro da comissão é permeado por inúmeras fragilidades no que tange ao processo de doação e transplante de órgãos, na sua inserção na comissão, identificação do potencial doador, abordagem, relação com os familiares e no conhecimento adquirido do processo de doação. A atuação do enfermeiro da CIHDOTT é primordial e influencia diretamente a efetivação da doação na instituição.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Transplante; Morte encefálica; Doação de órgãos; Educação em saúde; Ética.

## ABSTRACT

Objective: to understand the everyday life of nurses at the Intra-Hospital Commission for Organ and Tissue Donation and Transplantation Commission (CIHDOTT in Portuguese) at a private hospital in Zona da Mata Mineira. Method: qualitative research. Michel Maffesoli's Comprehensive Sociology was used as a methodological framework to collect and analyze the interviews, then analytical categories were elaborated. Results: Eleven nurses working in the Commission participated in the study and information was obtained through a semi-structured interview carried out from July to December 2017. Among eleven participants in the study, 72% were women and 28% were men, the participants aging around 35 years (29-51 years old). Related to race, eight participants self-declared as white and three as black. The working time in the Commission ranged from two months to six years, with an average of 2 years and 7 months. All the nurses reported that they did not attend specialization course in the field of transplantation. The interviews lasted between 30-120 minutes. For the analysis of the information, the analytical categories were constituted, namely: Relation with the family; Sensitive Approach; Training and Capacity building as essential needs to perform this task. Conclusion: the everyday life as a nurse at the Commission is permeated by several shortcomings in the process of organ donation and transplantation, starting at his/her inclusion in the Commission, identification of potential donors, approach, relationship with family members and knowledge acquired from the donation process. The performance of the CIHDOTT nurse is paramount and directly influences the donation's effectiveness in the institution.

**Keywords:** Nursing; Transplantation; Brain death; Tissue and organ procurement; Health education; Ethics.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> Estrutura atual do SNT .....	39
<b>Figura 2</b> Estrutura do processo de doação-transplante .....	40

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABTO Associação Brasileira de Transplante de Órgãos  
ADOTE Aliança Brasileira pela Doação de órgãos e Tecidos  
AMEO Associação da Medula Óssea  
ANAHP Associação Nacional dos Hospitais Particulares  
CEAQ *Centre d'Études sur l' Actuel et le Quotidien*  
CEP Comitê Ética em Pesquisa  
CFM Conselho Federal de Medicina  
CGSNT Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes  
CIHDOTT Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante  
CNCDO Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos  
CNPQ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
COFEN Conselho Federal de Enfermagem  
FACENF Faculdade de Enfermagem  
FAEC Fundo de Ações Estratégicas e Compensação  
FUNASA Fundação Nacional de Saúde  
INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
ITNS *International Transplant Nurses Society*  
ME Morte Encefálica  
MG Minas Gerais  
MS Ministério da Saúde  
NIAHO *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations*  
OMS Organização Mundial de Saúde  
ONA Organização Nacional de Acreditação  
ONG Organização Não Governamental  
PITO Programa de Imunogenética e Transplante de Órgãos  
SESRS Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul  
SIG sistema Informativo de Gerenciamento  
SIRC Sistema Integrado para o tratamento do Renal Crônico  
SIPAC Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade  
SNT Sistema Nacional de Transplantes  
SPIT São Paulo Interior Transplante  
SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TNA *Transplant Nurses Association*

TTS *The Transplantation Society*

UFJF Universidade Federal de Juiz de Fora

UNB Universidade de Brasília

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO, FILOSÓFICO E METODOLÓGICO</b> .....	21
2.1 SOCIOLOGIA COMPREENSIVA DE MICHEL MAFFESOLI .....	21
2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS.....	25
2.3 O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE TRANSPLANTES .....	29
2.4 O ENFERMEIRO E SUA ATUAÇÃO NA COMISSÃO INTRA – HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE (CIHDOTT).....	35
2.5 O PROCESSO DE DOAÇÃO.....	38
<b>3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	43
3.1 DELINEAMENTO .....	43
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO .....	45
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO .....	46
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
3.5 PROCESSO DE COLETA DE INFORMAÇÕES.....	47
3.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES .....	48
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	50
4.1 O SER ENFERMEIRO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE (CIHDOTT).....	52
4.2 RELAÇÃO COM A FAMÍLIA.....	60
4.3 ABORDAGEM SENSÍVEL.....	66
4.4 TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO COMO NECESSIDADE DESSE FAZER .....	71
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	80
<b>6 REFERÊNCIAS</b> .....	84
<b>APÊNDICE</b> .....	90
<b>ANEXOS</b> .....	91



## 1 INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos evoluiu de uma técnica arriscada e não regulamentada para uma terapêutica técnico-científica eficaz, com resultados promissores a pacientes portadores de doenças crônicas ou terminais. Trata-se de um procedimento cirúrgico que viabiliza a substituição de órgãos como coração, pulmão, rins, fígado, pâncreas, intestino e tecidos, medula óssea, ossos, válvulas, músculos, pele, córneas, veias e artérias. O sucesso dos transplantes está diretamente relacionado com o avanço das tecnologias, das técnicas cirúrgicas, soluções para preservação de órgãos, bem como com o avanço dos cuidados intensivos e da qualificação dos profissionais para atuar nesse processo (BRANDALISE; PAGNUSSAT, 2015).

É importante ressaltar que para cada órgão existe o tempo de isquemia fria, exceto os ossos e medula óssea, que são utilizados apenas uma vez. A isquemia fria é o tempo que vai do início da infusão da solução de preservação até a retirada do órgão da embalagem para ser implantado. O coração e o pulmão, após serem removidos, duram entre quatro e seis horas, até o término de implante no receptor. O pâncreas e o fígado entre 12 e 24 horas, o rim até 48 horas, já a córnea pode durar até sete dias (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2011; GARCIA et al., 2015).

A doação de órgãos e tecidos pode ser realizada por meio de um doador vivo, falecido ou com óbito por morte encefálica. O doador vivo pode doar tecidos, órgãos e parte de alguns órgãos, do doador falecido serão captados apenas tecidos e do doador em morte encefálica podem ser removidos todos os órgãos e tecidos (BERNARDES; ALMEIDA, 2015).

Há algumas contraindicações que impedem o sujeito de ser identificado como potencial doador, tais quais tumores malignos, com exceção de alguns tumores primitivos do sistema nervoso central, carcinoma *in situ* de colo uterino e carcinomas basocelulares de pele; sorologia positiva ou indeterminada para o vírus da imunodeficiência humana e vírus linfotrópico da célula humana I e II; choque séptico por bactérias multirresistentes bem como, infecções sistêmicas por vírus e fungos e tuberculose em atividade (BERNARDES; ALMEIDA, 2015).

Entre os anos de 1968 a 1990, a prática do transplante de órgãos era pouco regulamentada, existiam apenas legislações locais e regionais, não havia rigor quanto a inscrições de receptores, ordem de transplantes e critérios de distribuição

dos órgãos captados. Em 1997, o quadro se altera com a Lei n. 9.434 de 4 de fevereiro que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Em 2001 por meio da lei n. 10.211 de 23 de março de 2001, houve a legitimação da retirada de órgãos e inscrição de lista única de espera. Em 2005, através da Portaria n. 1.752 de 23 de setembro, foi estabelecido que todos os hospitais privados, públicos e filantrópicos acima de 80 leitos precisariam constituir a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) para que houvesse melhora do processo de doação. Em 2006, por meio da Portaria n. 1.262 de 16 de junho, o Ministério da Saúde aprovou o regulamento técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores da CIHDOTT (ARCANJO et al., 2013).

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) foi criado por meio do Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997, responsável pelo processo de doação de órgãos e tecidos no país, com o objetivo de desenvolver o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para fins terapêuticos. O SNT é composto pela Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT); as Centrais de Notificação, Captação e Doação de Órgãos e tecidos (CNCDOs); a Central Nacional de Transplantes e as CIHDOTTs (BRASIL, 1998).

As CIHDOTTs são comissões internas às instituições hospitalares, de acordo com a Portaria n. 2.600, de 21 de outubro de 2009, a obrigatoriedade da existência de tal comissão é exigida em instituições incluídas nos seguintes perfis: tipo I, em estabelecimentos com até 200 óbitos por ano e leitos para assistência respiratória; tipo II, em estabelecimentos com referência para trauma e/ ou neurologia, com menos de mil óbitos por ano ou estabelecimento não oncológico com 200 a mil óbitos por ano; e tipo III, em estabelecimento não oncológico com mais de mil óbitos por ano ou estabelecimento com, pelo menos, um programa de transplante de órgãos (BRASIL, 2009).

O enfermeiro está diretamente envolvido no processo de transplante de órgãos e sua atuação é regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da Resolução n. 292/2004, que preconiza ao enfermeiro responsável pelo processo de doação de órgãos o planejamento, a execução, a coordenação, a supervisão e a avaliação dos procedimentos de enfermagem prestados ao doador, bem como o planejamento e a implementação de ações que

visem à otimização da doação e à captação de órgãos e tecidos para fins de transplante (COFEN, 2004).

O papel do enfermeiro na CIHDOTT engloba ainda educação em saúde, intervenções que melhorem a saúde biopsicossocial, oferta de assistência e suporte aos pacientes e familiares no planejamento, na implementação e avaliação dos cuidados, além de promoção de sistemas de apoio que visem a melhores resultados dos transplantes de órgãos (MENDES et al., 2012).

Conforme divulgado pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), o Brasil possui um programa público de transplantes de órgãos adequado e estruturado, porém não consegue atender de forma eficaz toda a demanda. Tal fato se justifica pelo aumento das filas de espera e a alta taxa de não autorização da doação de órgãos e/ou tecidos pelos familiares. No período de janeiro a setembro de 2017, a lista de espera por transplantes no Brasil correspondeu a 32.066 pacientes. Em Minas Gerais (MG), essa lista equivale a 3.076 pacientes que aguardam por transplantes. A taxa de não autorização familiar manteve-se com valor elevado. No Brasil, foram realizadas 7.981 notificações de potenciais doadores e, entre as 4.877 entrevistas realizadas com os familiares, houve 2.057 recusas, o que corresponde a 42%. Em Minas Gerais, esse número corresponde a 35%, tendo sido realizadas 295 notificações de potenciais doadores, 228 entrevistas e 79 recusas familiares (ABTO, 2017).

A minha inserção no processo de transplantes de órgãos ocorreu no ano de 2016, quando fui nomeada para compor a CIHDOTT da instituição onde atuo como enfermeira assistencial desde 2013. Somente após a minha inserção no setor, tive conhecimento sobre a existência da comissão na instituição e acesso a ela, bem como sobre seu funcionamento, operacionalização, coordenação e execução do trabalho.

Ao iniciar a prática profissional no setor, pude vivenciar diversos sentimentos, o medo do desconhecido, o receio em não conseguir desenvolver de forma efetiva meu papel e em realizar a abordagem em um momento tão distinto na vida de pessoas que estavam por perder um ente querido.

Ao explorar detalhes do funcionamento do serviço por meio de diálogos com a equipe e com a enfermeira que atuava na coordenação da comissão, pude compreender melhor alguns detalhes referente à CIHDOTT. Tive acesso aos formulários a serem preenchidos no momento de aceitação da doação, informações pontuais, assim como uma breve explanação de como realizar a abordagem familiar.

Minha primeira experiência em uma abordagem foi marcante, pois estava diante de uma família que não conhecia o processo de doação de órgãos. Devido a algumas fragilidades, não estava preparada para realizar a abordagem compreensiva e sensível, requerida pelas densidades emocionais envolvidas em um momento tão singular. Assim o resultado de tal abordagem se sucedeu na opção da família por não doar os órgãos de seu ente, conseqüentemente houve a perda de um potencial doador e a descrença da família com relação ao processo de doação.

Após o vivido desta abordagem e o sentimento de frustração diante da família, busquei na literatura informações a respeito dos transplantes de órgãos, sobre o papel do enfermeiro enquanto membro da comissão e o desenvolvimento do trabalho da comissão para que a doação fosse efetivada. Assim observei que há elevada taxa de recusa familiar e desconhecimento por parte da sociedade e dos profissionais de saúde acerca do processo de doação e das atividades desenvolvidas pela CIHDOTT, impedindo o crescimento de transplantes, impulsionando assim, a realização desta pesquisa.

A saúde no Brasil está em constante processo de desenvolvimento, dessa forma é imprescindível que a população esteja esclarecida quanto ao processo de doação de órgãos, bem como sobre a legislação vigente e a definição de morte encefálica, para que assim seja possível a efetivação da doação (ROSARIO et al., 2013).

O enfermeiro inserido na CIHDOTT é um dos profissionais responsáveis pela abordagem familiar, pela notificação do potencial doador e pela identificação deste, por isso se faz necessário compreender o olhar deste profissional em relação ao processo de doação e à realidade vivenciada como membro da CIHDOTT. O sucesso de um programa de transplantes depende da atuação de vários profissionais, nas diversas fases, desde a identificação do potencial doador até a finalização. O enfermeiro inserido na equipe multiprofissional necessita desenvolver competências essenciais para atuar em todas as etapas do processo, além de conhecer a política e a legislação (NEGREIROS et al, 2016).

O presente estudo tem como objetivo compreender o cotidiano vivido dos enfermeiros da CIHDOTT. O objeto de pesquisa consiste na averiguação das vivências cotidianas do profissional enfermeiro na comissão. Para compreensão desse cotidiano, o presente estudo teve como questão norteadora: como os enfermeiros compreendem e vivenciam o cotidiano em sua atuação na CIHDOTT?

É importante destacar que, para Maffesoli (1998), o cotidiano vai além do ócio, da simples execução de tarefas do dia a dia, abrange as ações subjetivas vividas em seu ambiente, é imprescindível que se esteja atento aos componentes da sociabilidade, como as paixões, os gestos e os discursos. “Trata-se de utilizar os conceitos como tantas metáforas que permitem sentir a vida, os fatos, em todas as suas concretudes”. O autor propõe que se receba a vida no lugar de reduzi-la (MAFFESOLI, 1998, p. 195).

A fim de compreender o cotidiano e o vivido desses profissionais, foi utilizada como referencial metodológico a “Sociologia Compreensiva do Cotidiano” de Michel Maffesoli, que nos remete a enxergar além do objeto. Para apreensão dessa realidade, Maffesoli (1998, p. 32) destaca que:

É preciso retornar, com humildade, à matéria humana, à vida de todos os dias, sem procurar que causa a engendra, ou a fez como é. Mais do que uma razão *a priori*, convém pôr em ação uma compreensão *a posteriori*, que se apoie sobre uma descrição rigorosa feita de convivência e empatia.

Para compreensão do cotidiano, é necessário proporcionar espaço para que o sujeito se desvele de tal forma que seja apresentado o que está oculto, a fim de descrever a realidade vivenciada e compreender os aspectos dos fenômenos em seu próprio contexto (MAFFESOLI, 1998).

É importante tornar visíveis as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros da CIHDOTT tanto para os profissionais de saúde quanto para sociedade. Portanto torna-se relevante a divulgação deste trabalho, viabilizando a sensibilização, a informação e os caminhos seguidos para a captação, doação e transplante de órgãos realizados na instituição.

O presente estudo se insere na linha de pesquisa: “Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem”, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Mestrado em Enfermagem. A pesquisa está inscrita no Grupo de Pesquisa intitulado: “Filosofia e Sociologia do Cuidado Humano no Cotidiano da Saúde e da Enfermagem” – UFJF, cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a liderança do Professor Dr. Marcelo da Silva Alves.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO, FILOSÓFICO E METODOLÓGICO

### 2.1 SOCIOLOGIA COMPREENSIVA DE MICHEL MAFFESOLI

O presente trabalho se fundamentou na Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli, sociólogo francês Maffesoli, Professor de Sociologia na Universidade Paris Descartes Sorbonne, nasceu em 14 de novembro de 1944, em Graissessac, na região administrativa de Languedoc-Roussillon, no departamento de Hérault na França.

Maffesoli publicou várias obras sobre o cotidiano, o viver, a pós-modernidade, a crítica ao individualismo, possibilitando visualizar o mundo de uma forma compreensiva. Entre elas, destacam-se: *A Lógica da Dominação* (1976); *A Violência Totalitária* (1979); *A Sombra de Dionísio* (1982); *O Conhecimento Comum: Introdução à Sociologia Compreensiva* (1985); *O Tempo das Tribos* (1988); *A Transfiguração do Político* (1992); *Elogio da Razão Sensível* (1996); *Sobre o Nomadismo: Vagabundagens Pós-Modernas* (1997); *A Parte do Diabo - Resumo da Subversão Pós-Moderna* (2002); *O Ritmo da Vida - Variações sobre o Imaginário Pós-Moderno* (2004) (NÓBREGA et al., 2012).

Maffesoli se insere na linha da fenomenologia, de acordo com Spíndola (1997), a fenomenologia permite que o sujeito se desvele, mostre-se, e emprega uma forma de reflexão com a possibilidade de olhar o fenômeno assim como ele se apresenta ou se manifesta, não com a intenção de explicá-lo, mas sim de mostrá-lo em sua essência. A autora complementa que a fenomenologia busca compreender o homem em sua totalidade, em sua vivência, permitindo o vínculo e o aprofundamento do objeto de estudo.

Segundo Maffesoli (1998), a fenomenologia introduz a noção de “perspectivação”, uma vez que permite compreender melhor os aspectos das relações humanas, suas significações, não se reduzindo a uma simples explicação causal. Assim o autor propõe a substituição do “por que” moderno em função do “como” pós-moderno.

Maffesoli disserta seus estudos com base no dualismo de transformações e mudanças apresentadas pelo período de transição da modernidade para a pós-modernidade, embora tal passagem não esteja totalmente consolidada, como corrobora Silva (2011), com base nos pressupostos de Maffesoli, “para o autor [Maffesoli], ao invés de estarmos entrando no período da pós-modernidade e o início

da ordem pós-moderna, vivemos num período de alta modernidade e identificamos o contorno de uma ordem pós-moderna” (SILVA, 2011, p.374). Isso significa que está renascendo uma nova concepção para a modernidade e uma nova forma de se compreender os fatos por meio da pós-modernidade.

A diferença entre a modernidade e a pós-modernidade baseia-se na ideia de que, na modernidade, prevalece a ideia de uma sociedade mecânica, com tendência à homogeneização e restrição, tendo a razão e a ciência como seus pilares, baseados em um único valor, com discurso de verdades puramente racionais. Oposta a esses ideais, a pós-modernidade aponta a abertura ao pluralismo de ideias, ocorrendo a substituição da representação pela apresentação da essência, buscando compreender as coisas como são sentidas e vividas no cotidiano, focando o “estar-junto” das relações sociais, as quais deixam de ser meramente ilusórias e passam a ganhar sentido e atenção na pós-modernidade (MAFFESOLI, 1996; SILVA, 2011). De acordo com o autor:

[...] a pós-modernidade inaugura uma forma de solidariedade social que não é mais racionalmente definida em uma palavra “contratual”, mas que, ao contrário, se elabora a partir de um processo complexo feito de atrações, de repulsões, de emoções e de paixões (MAFFESOLI, 1996, p. 14).

Logo, os adventos da pós-modernidade se empenham em evitar a separação, o dogmatismo e a intolerância, privilegiando assim, o abstrato, o sensível e a compreensão dos fenômenos, sem abdicação do intelecto e sim prevenindo o estreitamento da faculdade de compreender os fenômenos. Segundo o autor, o pesquisador deve retornar “à própria coisa”, para que seja possível compreender novamente o cotidiano, a fim de retornar com humildade à matéria humana e à vida de todos os dias (MAFFESOLI, 1998).

Maffesoli trabalha com a teoria da sensibilidade, que é uma característica da pós-modernidade para que seja possível enxergar mudanças na civilização, trabalhando com o conceito do estar junto, do aqui e agora (NÓBREGA et al., 2012). O autor defende que o objeto estudado não deve ser observado isoladamente, com um único conceito e sim, associando a arte e o conhecimento. A atitude exclusivamente intelectualista discrimina e separa, deixando de lado o visível e o invisível, o material e o imaterial que necessitam estar em sintonia. Maffesoli apregoa que

O que mostra este curto apólogo é essa estranha quimera que quer que tudo entre num molde preestabelecido, desbastando ou acrescentando, conforme as necessidades da causa, sem verdadeira preocupação com o homem vivo, que sofre, que é feliz, que tem emoções e sentimentos, e do qual, em suma, nada se aprende etiquetando-o de um modo ou de outro. Eu disse mania, quimera, coisas que, curiosamente, são totalmente opostas às próprias pretensões da razão sã (MAFFESOLI, 1998, p. 20).

Maffesoli retoma ainda o conceito do raciovitalismo em detrimento ao racionalismo. O primeiro permite superar as categorias de análise fechadas impostas pela modernidade, permitindo uma “iluminação”, empenhando-se em compreender, não em julgar, percebendo assim a razão interna dos fenômenos, não negligenciando nada o que nos cerca nesse mundo. O segundo apresenta as características da modernidade, privilegiando uma interpretação objetiva e única dos fatos sociais, conceitos fechados, leis impositivas e de separação. Sendo assim,

É nisso que se faz necessário operar um importante corte epistemológico, aquele que consiste em abandonar uma lógica voltada para o longínquo, uma lógica histórica, em que as causas e os efeitos se engendram de um modo inelutável e decidido, e, ao contrário, estar atento a uma lógica do instante, apegada ao que é vivido aqui e agora (MAFFESOLI, 1998, p. 37).

[...] operar conhecimento, e, ao mesmo tempo, perceber as pulsões vitais, saber e poder compreender a existência. Parece-me que uma perspectiva tal permite evitar o duplo escolho que consiste seja em fazer-se filosofia ou sociologia desencarnada, seja em contentar-se em contar a vida ou vivê-la. Foi uma dicotomia que marcou todos os tempos modernos: o pensador não vivia e, quando vivia, não pensava mais (MAFFESOLI, 1998, p. 38).

Assim, em oposição à simples mecanicidade imposta pela modernidade, há uma busca constante pela racionalidade orgânica e o estar-junto que são específicos dessa fase pós-moderna. O que chama a atenção no pensamento maffesoliano é, justamente, a sintonia entre o saber, a vida, o cotidiano, com o senso comum, com o homem banal, com a existência simples, mas, nem por isso, vazia de sentido e de cientificidade. Para sustentar essa ideia, Maffesoli propõe a Sociologia Compreensiva, por meio do não julgamento que é uma postura tipicamente pós-moderna. A crítica é uma forte característica da modernidade, e, portanto, não há espaço, na pós-modernidade para qualquer tipo de julgamento.

A Sociologia Compreensiva estabelece cinco pressupostos teóricos, sendo eles: 1) crítica ao dualismo esquemático; 2) a “forma”; 3) uma sensibilidade

relativista; 4) uma pesquisa estilística; 5) um pensamento libertário (MAFFESOLI, 1985).

O primeiro pressuposto propõe a interação entre a razão sensível e a imaginação, duas atitudes que não são facilmente definidas, porém se complementam, cada uma com sua potencialidade. Tais atitudes apontam a uma dicotomia denominada como metáfora. De um lado, a crítica ao racionalismo, ao fazer mecanizado e, do outro, a ênfase ao sentimento, à sensibilidade e ao imaginário (MAFFESOLI, 1985). Logo, o autor propõe que se reencontre a sociologia compreensiva, que descreve e compreende o vivido, por diferentes atores, naquilo que realmente se apresenta.

O segundo pressuposto, “a forma”, reforça a ideia de “formismo”. O autor critica a forma que limita o significado. O formismo permite descrever e apreender o objeto de dentro, seus contornos e as representações que constituem a vida cotidiana, sem limitá-lo. Maffesoli retrata que

[...] podemos, assim, imaginar que, com a reatualização, a comunidade científica contemporânea diversifique seus “trabalhos”: o monográfico, o empírico, o tético, o dogmático etc. Podem aí ser incluídos o especulativo e o “formista”, que se contenta com a criação do que chamei “condições de possibilidade”. E não se trata de um jogo desprovido de sentido – mais de uma diligência subjugante, que traz consequências no que tange à compreensão desta experiência, que é a do ser/estar-junto-com societal (MAFFESOLI, 1985, p. 36).

Assim, é imprescindível que aqueles conceitos estruturados e acabados sejam revisitados e reformulados para ceder lugar às inquietações e aos questionamentos, não para se obter respostas e sim para estabelecer a construção e a desconstrução continuamente.

O terceiro pressuposto, a sensibilidade relativista, retrata que não há uma realidade única e que a verdade é momentânea. Assim, é necessário que o pesquisador suspenda julgamentos e se aproprie de seu objeto de estudo em sua totalidade e não de forma fragmentada. O autor sugere uma sociologia aberta, um conhecimento plural que caminha em duas vias, o de construir e de se desfazer, para que seja possível desencadear novas indagações (MAFFESOLI, 1985).

O quarto pressuposto intitulado “uma pesquisa estilística” se baseia no “como” em detrimento do “por que”, uma escrita clara, mais aberta, não perdendo a competência científica. Maffesoli salienta que:

Há um estilo do cotidiano feito de gestos, de palavras, e teatralidade, de obras em caracteres maiúsculos e minúsculos, do qual é preciso que se dê conta – ainda que, para tanto, seja necessário contentar-se em tocar de leve, em afagar contornos, em adotar um procedimento estocástico e desenvolto (MAFFESOLI, 1985, p. 36).

No último pressuposto, “um pensamento libertário”, o autor reforça que o pesquisador precisa se envolver em sua pesquisa, não apenas na coleta de informações, mas também se colocando no lugar do outro de forma sensível, empática, permitindo aproximação com seu objeto de estudo, sendo possíveis intensas trocas.

Para ele, “a compreensão envolve generosidade de espírito, a proximidade, a correspondência [...] podemos apreender ou pressentir as sutilezas, os matizes, as descontinuidades de tal ou qual situação social” (MAFFESOLI, 1985, p. 43).

Segundo Maffesoli:

Em poucas palavras, digamos que, sem ser forçosamente participante ou ator – tal como o exigem certas metodologias – há uma certa interação, que se estabelece entre o observador e seu objeto de estudo. Há conivência: às vezes, cumplicidade, diríamos mesmo que se trata de empatia (*a/ Einfühlung*) (MAFFESOLI, 1985, p. 43).

O autor propõe, com a Sociologia Compreensiva, que as pesquisas científicas sejam realizadas de forma ampla, mais livre, incentivando o pesquisador a participar ativamente de seu estudo, sendo parte integrante do que se deseja falar, compartilhando da empatia e da subjetividade no seu processo de análise. Maffesoli nos faz um convite à vida, mas a vida como ela é e não como deve ser.

## 2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

Desde os primórdios, o transplante de órgãos aparece na história do Brasil e do mundo. O primeiro relato de um possível transplante acontece na história bíblica registrado no capítulo de Gênesis 2:21-22: “Então o Senhor Deus fez cair um sono pesado sobre Adão, e este adormeceu; e tomou uma das suas costelas, e cerrou a carne em seu lugar, e da costela que o Senhor Deus tomou do homem, formou uma mulher”. Outro relato histórico registrado é o de dois médicos chineses que realizaram transplante da perna de um soldado perdida no momento da guerra, procedimentos esses realizados empiricamente (PEREIRA, 2004).

Ainda na história bíblica, foi mencionado “o milagre de São Cosme e Damião”, que viveram entre os anos de 285 e 305, usaram a perna de um etíope recém-falecido na tentativa de curar um cristão que apresentava necrose em sua perna. Devido a esse “milagre”, ambos são considerados padroeiros dos transplantes. Assim, o dia 27 de setembro de 1999, dia de São Cosme e Damião, foi considerado como o Dia Nacional do Doador pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), e pelo Governo Federal, em 2007 (GARCIA et al., 2015).

O conceito de transplantes foi mencionado pela primeira vez em 1778 por Jonh Hunter, quando descreveu sua experiência com órgãos reprodutores em animais. Desde então, houve inúmeras tentativas relacionadas aos transplantes descritas na história (PEREIRA, 2004).

No século XVIII, em vários países da Europa, foram realizados transplantes dentários, de doadores pobres para receptores ricos, e também se utilizavam dentes obtidos por roubo de cadáveres. Na época, essa prática foi definida por muitos como moralmente duvidosos, mas muitos cirurgiões não concordavam com essas visões. Detectou-se ainda que alguns receptores dos implantes dentários foram contaminados por sífilis, outro problema apresentando foi que quase todos os dentes implantados acabavam destruídos (GARCIA et al., 2015).

Os autotransplantes de pele começaram a ser realizados no século XIX, em 1881, tornando-se o início dos alotransplantes ósseos. O primeiro transplante de córnea ocorreu em 1905, porém só se consolidou em 1944 com a inauguração do primeiro banco de olhos em Manhattan. Em 1939, o primeiro transplante de medula óssea era feito em um paciente portador de anemia grave. Em 1963, em Denver, Colorado, o Dr. Thomaz Starzl transplantou o primeiro fígado em humano (PEREIRA, 2004).

Alex Carrel foi um importante nome para o avanço da prática dos transplantes. Esse jovem cirurgião desenvolveu a técnica de triangulação de sutura de vasos sanguíneos, cujo advento tornou possível a realização de transplantes de órgãos não regeneráveis. Tal feito levou Carrel a ganhar o Prêmio Nobel em 1912. Sua realização possibilitou o primeiro transplante de rim, feito em 1951, na cidade de Boston, com doador cadavérico, porém o paciente faleceu logo após o procedimento. No decorrer dos anos, houve inúmeras tentativas de transplante de rim sem sucesso. Somente em 1954, Murray e Merrill realizaram um transplante de rim com sucesso, sendo reconhecido como primeiro transplante do mundo com doador vivo, e o paciente sobreviveu por oito anos. Já o primeiro transplante

cardíaco realizado com sucesso em seres humanos ocorreu em 1967, na cidade de Cabo, na África do Sul, realizado por Christian Barnard (PEREIRA, 2004).

O primeiro transplante cardiopulmonar realizado no mundo foi em 1981 pela equipe da Universidade de Stanford. Em 1983, em Toronto, ocorreu o primeiro transplante pulmonar isolado, unilateral com sucesso. O paciente era portador de fibrose pulmonar e teve uma sobrevida de quase sete anos. Em 1986, foi realizado o primeiro transplante duplo de pulmões e, em 1990, o primeiro transplante pulmonar bilateral, técnica utilizada ainda hoje em todo o mundo (JUNIOR et al., 2015).

Em decorrência dos equívocos ocorridos na realização dos primeiros transplantes, o problema vital evidenciado foi a rejeição dos órgãos transplantados. Assim, nas décadas de 60 e 70, os esforços foram direcionados para desenvolvimento de drogas imunossupressoras a fim de minimizar os números de rejeições (GARCIA et al., 2015). Em 1959, Robert Schwartz e William Dameshek, hematologistas, em Boston, demonstraram os efeitos imunossupressores de uma droga anticâncer, denominada 6-mercaptopurina. Essa ação imunossupressora foi testada em transplante renal em cães por Roy Calne, em Londres, e por Charles Zukoski e David Hume, em Richmond. Após alguns estudos, foi constatado que a azatioprina tinha potencial maior que a 6-mercaptopurina no emprego dos transplantes. Tal notícia foi recebida com entusiasmo pela comunidade transplantadora. Mesmo com esses resultados obtidos pelos grupos de Paris e de Londres, menos de 10% dos pacientes transplantados, até 1963, sobreviviam por três meses. Em 1983, desenvolve-se então a ciclosporina, droga essa imunossupressora, sendo possível mudar o panorama dos transplantes (GARCIA et al., 2015).

No Brasil, a prática de transplantes de órgãos se iniciou no ano de 1964, no Rio de Janeiro, com transplante de rim, e, em 1965, em São Paulo. O primeiro transplante de fígado foi realizado em 1968, em São Paulo, no Hospital das Clínicas por Marcel Machado. O paciente sobreviveu apenas uma semana. Em 1969 e 1971, foram realizados mais dois transplantes pela mesma equipe, com sobrevida dos pacientes de 18 a 30 dias. Já o transplante cardíaco foi realizado pela primeira vez no Brasil em 1968, em São Paulo, por Zerbini, pioneiro do transplante cardíaco no país (PEREIRA, 2004).

Podem-se evidenciar na literatura importantes nomes referentes aos transplantes no Brasil, tais como Ivo Nersalha, que efetuou o primeiro transplante cardíaco na era da ciclosporina; Carlos Figueroa, que foi o primeiro cirurgião a

transplantar coração em uma paciente do sexo feminino; Bayard Gontijo e Mário Vandrecic, que experienciaram influente contribuição no que tange ao aprimoramento dos transplantes relacionados à tipagem tecidual e à histocompatibilidade; Noedir Stolf, que contribuiu com importantes feitos para os transplantes cardíaco e pulmonar, com desenvolvimento de protocolos não invasivos para o diagnóstico precoce da rejeição cardíaca; José Pedro da Silva, que foi pioneiro nos transplantes cardiopulmonares com sucesso; Miguel Barbero Marcial, que realizou o primeiro transplante cardíaco em neonato (20 dias de vida) com cardiopatia congênita e Randas Batista, que contribuiu de forma pioneira no Brasil e no mundo, com sua publicação relacionada à ressecção parcial do ventrículo esquerdo falente de forma a diminuir o número de pacientes cardiopatas graves com necessidade de transplante cardíaco (SILVA, 2008).

Em 1968, no Hospital das Clínicas de São Paulo, foram realizados três transplantes de coração, cinco de fígado e dois de intestino, e, no mesmo ano, no Hospital São Silvestre, no Rio de Janeiro, realizou-se um transplante isolado de pâncreas, sem imunossupressão. O transplante hepático entre vivos no Brasil teve início em 1989, abrindo caminho para utilização da mesma técnica com outros órgãos, como pulmão (PEREIRA, 2005).

De acordo com Garcia e colaboradores (2015), a história dos transplantes no Brasil foi dividida em três fases: a primeira, denominada de fase heroica, compreendida entre 1964-1987; a segunda, conhecida como fase romântica, 1987-1997, e a terceira, considerada como a fase profissional a partir de 1997.

A fase heroica foi marcada pelo primeiro transplante em 1964, quando não havia recursos necessários, existia pouco conhecimento acerca do transplante, praticamente nenhuma estrutura hospitalar e nenhum controle ou fiscalização para realização desses transplantes.

A segunda fase iniciou-se em 1987, quando já se obtinha um maior conhecimento no que tange aos transplantes, acerca das bases imunológicas, e havia hospitais mais estruturados para realização dos mesmos. A fim de retomar o programa de transplantes, foi criada, em 1986, a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), além de organizações de procura de órgãos e de alocação nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul. Nessa mesma fase, foi liberado no Brasil o uso da droga imunossupressora Ciclosporina, que otimizou a realização dos transplantes. O final dessa fase foi delimitado por um acidente de avião que levou a óbito cinco jovens cirurgiões e dois pilotos que

estavam realizando uma viagem para remoção de órgãos em Santa Catarina no ano de 1997 (GARCIA et al., 2015).

A terceira fase foi iniciada em 1997, com o desenvolvimento da Lei dos Transplantes, a regulamentação para remoção de órgãos/tecidos e a criação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT). Ficou estabelecido que o controle do sistema de transplantes passaria a ser de responsabilidade do governo federal (GARCIA et al., 2015).

A literatura aponta que houve um avanço significativo no que tange à realização dos transplantes no Brasil e no mundo. Apesar disso, é imprescindível avançar mais, no intuito de que o maior número de pessoas tenha a possibilidade do acesso igualitário ao sistema de transplantes, as informações relacionadas ao processo e a possibilidade de se posicionar em vida quanto a ser doador. Portanto, para que o transplante de órgãos aumente no Brasil, é essencial que se tenham como base os quatro pilares que apoiam o processo de doação: legislação, financiamento, organização e educação (ARCANJO et al., 2013).

### 2.3 O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE TRANSPLANTES

A política de transplantes iniciou-se no Brasil em 1986 com a criação da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), que visava retomar o processo de transplantes que até, aquele momento, estava estagnado. O Programa de Imunogenética e Transplante de Órgãos (PITO) foi criado em 1986, no Rio de Janeiro, no Hospital Federal dos Servidores do Estado, com objetivo de procura e alocação de rins no Rio de Janeiro. Resultou no aumento no número de transplantes renais com doador falecido e foi extinto em 1990, por questões políticas. Em 1987, foram publicadas portarias ministeriais a fim de fiscalizar e normatizar o sistema de transplantes. Foi criado então o Sistema Integrado para o Tratamento do Renal Crônico e do Transplante Renal (SIRC-Trans), pela Portaria Interministerial n. 12, Criação do Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (Sipac), em junho de 1993, com câmaras técnicas para cada órgão (rim, fígado, coração e pulmão) e para a medula óssea, regulamentando os critérios para o credenciamento de serviços e valores da remuneração para esses transplantes (GARCIA et al., 2015).

Em 1987, foi fundado o São Paulo Interior Transplante (SPIT) pelos nefrologistas das unidades de diálise e transplante renal do interior de São Paulo,

Era uma fundação sem fins lucrativos e foi a primeira organização do país a alocar rins. Ainda em 1987, foi criado o RS-Transplante, pela Superintendência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), no Rio Grande do Sul (RS), e pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), com o apoio do Serviço de Imunologia do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e a finalidade de procura e alocação de órgãos e tecidos (rim, coração e córneas). Em 1996, tornou-se a Central de Transplantes do RS (GARCIA et al., 2015).

Os pacientes que precisam de transplantes de órgãos surgem como novos sujeitos e necessitam de uma política pública específica, visto que estão excluídos de sua vida social, aguardando em filas de esperas. Trata-se então de uma questão de saúde pública, e não somente de uma alternativa, mas de uma única oportunidade de obter qualidade de vida, de reinserção no seu meio social e de expectativa de uma nova vida (ARCANJO et al., 2013).

Sendo assim, em 1997, o panorama dos transplantes no Brasil começou a mudar, com a criação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) por meio do Decreto n. 2.268 de 30 de junho. O SNT passou a ser responsável pelo controle e monitoramento do processo de doação de órgãos, tecidos e transplantes realizados no país, a fim de desenvolver o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para fins terapêuticos. Foi criada também uma unidade própria em sua estrutura regimental, a Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT); bem como as Centrais de Notificação, Captação e Doação de Órgãos e Tecidos (CNCDOs); a Central Nacional de Transplantes e as Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTTs) (BRASIL, 1997).

Juntamente com a criação do SNT, o controle do processo de transplantes no país passou a ser de responsabilidade do governo federal e começaram a ser priorizados os quatro pilares que apoiam o processo de doação: 1) O financiamento – ficou estabelecido em 1998 o fundo federal, Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) para que sejam utilizados recursos para os transplantes e uso das drogas imunossupressoras, contando ainda com teto individual de cada estado; 2) A legislação – com base no consentimento presumido, proibição do comércio de órgãos, autorização judicial, comunicação ao Ministério Público de todos os transplantes de órgãos com doador vivo, critérios para credenciamento de centros e equipes com renovação a cada dois anos, além de critérios nacionais de alocação e listas de espera estaduais; 3) A organização – tendo como base o modelo espanhol,

com a criação das organizações nacionais e estaduais; 4) A educação – foram realizados, entre 1994 e 2004, pelo Ministério da Saúde (MS), Universidade de Brasília (UnB) e Fundação Nacional de Saúde (Funasa) os cursos de formação de coordenadores hospitalares de transplante em 18 estados e no Distrito Federal (GARCIA et al., 2015).

A obtenção de órgãos e tecidos para transplante no Brasil era normatizada pela Lei n. 9.434/97, conhecida como Lei dos transplantes, que tratava questões legais relacionadas à remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Essa mesma lei determinava que todos os brasileiros seriam doadores, a não ser que se manifestassem contrariamente, alterando a Carteira de Identidade Civil ou a Carteira Nacional de Habilitação, fazendo constar a expressão “não doador”. Após algumas revisões, entrou em vigor a Lei n. 10211/01, passando a doação a depender apenas da autorização do cônjuge ou parente de maior idade, obedecida a linha sucessória até segundo grau (BONFADINI et al., 2014).

Com o desenvolvimento da legislação, as instituições de saúde passaram a ter um novo olhar frente ao processo de doação, além de ficarem estabelecidas as obrigações da instituição e profissionais frente ao processo de doação (ARCANJO et al., 2013).

Em 2005, foi instituída a regulação dos transplantes no Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria n. 1.752/GM/MS de 23 de setembro, que determinava a constituição de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) em todos os hospitais privados, públicos e filantrópicos com mais de 80 leitos. Após um ano, por meio da Portaria n. 1.262, de 16 de junho de 2006, o Ministério da Saúde determinou as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às CIHDOTTs e, em 2009, por meio da Portaria n. 2.600 GM/MS de 21 de outubro, foram regulamentados os deveres, serviços e funções da CIHDOTT nas instituições hospitalares (ARCANJO et al., 2013).

As CIHDOTTs precisam ser compostas por no mínimo três membros, sendo um coordenador, que obrigatoriamente precisa ser enfermeiro ou médico. O profissional da CIHDOTT realiza identificação do potencial doador, faz a entrevista com familiares para consentimento da doação e viabiliza o processo de doação comunicando às organizações necessárias (NOGUEIRA et al., 2015).

De acordo com Portaria n. 2.600, de 21 de outubro de 2009, a criação das CIHDOTTs é obrigatória nos hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos seguintes perfis: CIHDOTT I: estabelecimento de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivismo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes de seu corpo clínico, CIHDOTT II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano, CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgãos (BRASIL, 2009).

A CIHDOTT no âmbito das instituições de saúde, tem como atribuições organizar o protocolo assistencial de doação de órgãos; oferecer aos familiares de pacientes falecidos a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos, promovendo acolhimento durante todo processo; articular-se com as equipes das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, para identificar os potenciais doadores e verificar morte encefálica para assim efetivar a doação; notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico de morte encefálica, mesmo não sendo possíveis doadores de órgãos e tecidos; registrar o número de óbitos ocorridos na instituição, articular-se com as respectivas CNCDOs, e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos; realizar a educação permanente dos funcionários da instituição no que tange ao processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos; implementar programas de qualidade na instituição para que seja possível mensurar o trabalho desenvolvido pela equipe da CIHDOTT (BRASIL, 2009).

Compete ainda aos membros da CIHDOTT responsabilizar-se pela educação de familiares e comunidade a respeito da prática de doação e transplante de órgãos, para contribuir para a transformação e qualificação das práticas de saúde, com a possível organização das ações dos serviços de saúde. A comissão deve incentivar as famílias a discutir sobre a doação para que os membros sejam capazes de expressar sua vontade, pois esse desejo será fundamental no momento da decisão. Facilita todo o processo de doação se a família tiver ciência de que um de seus membros tem interesse em ser doador (ARCANJO et al., 2013).

Torna-se cada vez mais importante essa educação familiar visto que a maior parte da população recebe informações sobre transplantes somente por meio da mídia nos meses de campanha. Não há uma conscientização contínua, pouco se observa a influência de familiares, amigos ou profissionais de saúde, assim é preciso ter qualidade na informação oferecida, uma vez que proporcionar informação à população favorece a discussão sobre doação de órgãos nos ambientes familiares, entre amigos, desencadeando, destarte, mecanismos de promoção de doação de órgãos (ARCANJO et al., 2013).

Para que ocorra o transplante de órgãos com êxito, é imprescindível que sejam seguidas todas as etapas fundamentais do processo, tais como identificação do possível doador, notificação do caso à Central de Notificação, Captação, Distribuição de Órgãos (CNCDO), manutenção do potencial doador, avaliação para o quadro de morte encefálica, comunicação aos familiares quanto ao quadro e entrevista familiar que irá resultar ou não na doação (FONSECA et al., 2016).

O enfoque neste momento será a morte encefálica, visto que o processo de doação perpassa por esta etapa. O conceito de morte inicialmente estava atrelado à ausência de batimentos cardíacos ou movimentos respiratórios. Com passar do tempo, esse conceito foi se modificando e sendo aprimorado, e hoje é possível manter as funções vitais do ser humano, mesmo sem o funcionamento do encéfalo. O conceito de Morte Encefálica (ME) surgiu pela primeira vez em 1959, apresentado por um grupo de neurologistas franceses como *dépasse* (FREIRE et al., 2012).

Após alguns anos de discussão, foi criada em 1981, nos Estados Unidos, uma comissão definindo o conceito de morte como a cessação das funções circulatória e respiratória ou parada irreversível do funcionamento do encéfalo. Tal definição é utilizada ainda hoje para realização do diagnóstico de morte encefálica. No Brasil, esses critérios foram legalmente adotados em 1997 por meio da Resolução n. 1480/97 (FREIRE et al., 2012).

A presente resolução determina que compete ao Conselho Federal de Medicina (CFM) definir os critérios para diagnóstico de morte encefálica. Assim a morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, de acordo com a faixa etária do paciente e deverá ser de causa reconhecida, os exames complementares como eletroencefalograma, angiografia cerebral e *doppler* transcraniano deverão demonstrar a ausência de atividade elétrica cerebral ou ausência de atividade metabólica cerebral ou ainda ausência de perfusão sanguínea cerebral (CFM, 1997).

Em 2017, a presente resolução sofre alterações, entrando em vigor a Resolução n. 2.173 de 15 dezembro de 2017, definindo que, os procedimentos para determinação de morte encefálica devem ser iniciados em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinhal e apneia persistente, presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar morte encefálica, ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica, 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, temperatura corporal (esofagiana, 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 maior ou igual a 65mmHg para adultos (CFM, 2017).

A determinação de ME será definida por dois exames clínicos que confirmem coma não perceptivo e ausência de função do tronco encefálico, teste de apneia que confirme ausência de movimentos respiratórios após estimulação máxima dos centros respiratórios e exame complementar que comprove a ausência de atividade encefálica. Os dois exames clínicos serão realizados por médicos diferentes, são considerados capacitados, os médicos com no mínimo um ano de experiência no atendimento de pacientes em coma e que tenham acompanhado ou realizado pelo menos dez determinações de ME ou curso de capacitação para determinação de ME (CFM, 2017).

Em 2007, por meio da Resolução n. 1.826 de 24 de outubro, ficou estabelecido pelo CFM ainda que: “é legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não-doador de órgãos”, que “o cumprimento da decisão mencionada deve ser precedido de comunicação e esclarecimento sobre a morte encefálica aos familiares do paciente ou seu representante legal, fundamentada e registrada no prontuário” e que “a data e hora registradas na declaração de óbito serão as mesmas da determinação de morte encefálica”. Determina também que é “vedado ao médico manter por meios artificiais o corpo em morte encefálica, exceto em situações em que se aguarde a retirada de órgãos para transplante” (CFM, 2007, p. 2).

O processo de morte é um momento distinto para a família do doador, pois existe a dor da perda e, em contrapartida, o sentimento de conforto e satisfação por

ter realizado a doação. Assim durante esse momento de morte, é necessário manter a dignidade do doador falecido e respeito aos familiares, contudo o aumento da taxa de doação depende de um olhar não somente das questões técnicas que envolvem o processo de doação de órgãos e tecidos, mas também da sensibilidade do profissional envolvido, entendendo todos esses sentimentos que permeiam o processo de doação (ROZA et al., 2010).

É importante destacar alguns conceitos relacionados aos doadores de órgãos. Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a *The Transplantation Society* (TTS) reuniram-se para unificar a nomenclatura no processo de doação e transplantes e órgãos. Em março de 2010, a OMS apresentou tal nomenclatura em Madri, ficando definido então como possível doador paciente com lesão encefálica grave, em uso de ventilação mecânica; como potencial doador quando é aberto protocolo para o diagnóstico de morte encefálica; elegível para doação quando confirmado o diagnóstico de morte encefálica. E, ainda, doador efetivo quando se inicia a cirurgia para remoção de órgãos, doador com órgãos transplantados quando pelo menos um dos órgãos é transplantado. O termo doador falecido substituiu o termo doador cadáver por apresentar conotação agressiva e o doador vivo é o cidadão juridicamente capaz, sendo que tal doação não atrapalhe suas condições de vida (GARCIA et al., 2015).

Neste cenário, encontra-se inserido o enfermeiro, que é considerado elemento primordial, visto que o mesmo acompanha todo o processo, e sua atuação e ações de forma correta, ética e transparente possibilitam a efetivação da doação e contribuem para o sucesso do programa de transplantes (MORAES et al., 2014). Logo, no próximo capítulo, tratar-se-á exclusivamente da atuação do enfermeiro nesse processo.

#### 2.4 O ENFERMEIRO E SUA ATUAÇÃO NA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE (CIHDOTT)

O sucesso de um programa de transplantes depende da atuação de vários profissionais nas diversas fases, desde a identificação do potencial doador até a finalização do processo. O enfermeiro inserido nessa equipe multiprofissional necessita desenvolver competências essenciais para atuar em todas as etapas do processo, além de ser conhecedor da política e legislação que rege o programa de transplantes (NEGREIROS et al., 2016). Em contrapartida, é necessário que haja,

primeiramente, aceitação da sociedade e confiabilidade no processo de doação, fato esse que ainda está em fase de consolidação, visto que há uma visível diferença entre a quantidade de doadores e a demanda de órgãos. Isso leva ao aumento das listas de espera e do número de mortes relacionadas a essa espera (BRANDALISE, PAGNUSSATL, 2015).

O enfermeiro é o profissional que está inserido em todas as etapas desse processo e sua atuação é preconizada pelo Conselho Federal de Enfermagem através da Resolução n. 292 de 7 de junho de 2004, que confere ao enfermeiro o planejamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos procedimentos de enfermagem prestados ao doador, bem como o planejamento e implementação de ações que visem à otimização de doação e captação de órgãos e tecidos para fins de transplantes. Cabe ao enfermeiro ainda realizar a notificação às CNCDOs sobre a existência de potencial doador, entrevistar o responsável legal do doador e aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todo o processo (COFEN, 2004).

O papel do enfermeiro engloba ainda intervenções que melhorem a saúde fisiológica, psicológica e social, além de dar suporte aos pacientes e familiares no planejamento, implementação e avaliação dos cuidados e promover sistemas de apoio que visem a melhores resultados dos transplantes de órgãos (MENDES et al., 2012). Para tanto, são necessários conhecimentos em imunologia e farmacologia, para poder direcionar todo o processo que envolve o transplante e a doação, além de conhecimento em doenças infecciosas e no que se refere à morbidade e à mortalidade relacionadas a esta clientela. O cuidado prestado deve se basear em evidências e a assistência, em teorias do cuidado (SOUZA et al., 2014).

O enfermeiro que atua na CIHDOTT precisa verificar se o paciente que foi a óbito é um potencial doador, portanto deve levar em consideração a história clínica do paciente, como diagnóstico, identificação de alteração de saúde, comorbidades, avaliação de exames laboratoriais, história pregressa, medicações utilizadas, além de investigar possíveis infecções, uso de antibacterianos, fatores esses que podem impedir a doação (SOUZA et al., 2014).

O enfermeiro também atua no processo de morte encefálica, a fim de que não haja perda de potenciais doadores. Assim a família precisa ser comunicada sobre a suspeita da morte encefálica, a abertura do protocolo e todos os exames complementares que serão realizados. Necessita-se de uma comunicação eficaz

com esses familiares, para que haja confiança no processo e seja efetivada a doação (MENDES et al., 2012).

De acordo com Magalhães e Ramos (2017), a abordagem à família é um momento de extrema importância no processo de doação e transplante de órgãos. O enfermeiro, nesse momento, deve oferecer à família a possibilidade e a opção da doação, deixando claro não ser uma obrigação a aceitação.

O profissional, ao realizar essa abordagem, precisa estar seguro do processo e preparado para possíveis indagações dos familiares, ter a sensibilidade e respeito pelo processo de luto da família, além de se posicionar de forma clara e objetiva, fazendo com que se compreenda que o quadro desse possível doador é irreversível e que a doação possibilitará a vida de outro ser humano (SOUZA et al., 2014).

Diversos são os motivos que influenciam a doação ou não de órgãos e tecidos, entre eles, parada cardiorrespiratória, não identificação do potencial doador, contraindicações e crenças religiosas. Sendo que a negativa familiar surge como um obstáculo no processo de doação de órgãos e tecidos. Essa recusa está associada à oposição do paciente em vida relacionada à doação, apego da família ao corpo, não compreensão do processo de doação ou da morte encefálica por parte dos familiares, crenças religiosas e o receio de mutilação do corpo. O descontentamento com a equipe profissional durante a hospitalização e o despreparo dos profissionais no que tange ao processo de doação podem também motivar a recusa da família (BERNARDES, ALMEIDA, 2015).

A recusa familiar representa um impeditivo na realização dos transplantes, o que faz com que diminua o número de doadores, tornando-se este insuficiente para atender à demanda de receptores que cresce a cada dia nas filas de espera (MORAIS et al., 2012). O processo de doação é complexo, momento em que exige do familiar a tomada de decisão em um curto período de tempo, pois, além do enfrentamento da morte, é preciso enfrentar a retirada do órgão/tecido de seu ente querido. Portanto, o profissional precisa ter respeito à família e deixá-la confortável para a tomada de decisão (FERREIRA et al., 2013).

A entrevista familiar é o momento de extrema importância, visto que a taxa de recusa familiar é elevada, no entanto, esbarra-se inúmeras vezes com o desconhecimento do processo de doação por parte dos profissionais envolvidos. O enfermeiro deve esclarecer os familiares de forma ética, moral e legal quanto ao processo de captação e doação, respeitando o momento de dor e luto vivenciado por eles naquele momento (COSTA et al., 2016).

Corroborando com esta ideia, Fonseca e colaboradores (2014) retratam que a entrevista familiar tem como objetivo central obter o consentimento para doação e é um momento de alta complexidade emocional e subjetiva, pois os familiares do potencial doador reagem de formas diferentes. Sendo assim, o enfermeiro precisa estar apto a lidar com reações positivas, como também com familiares que lidam negativamente com a morte e, por isso, reagem agressivamente quando abordados acerca de doação.

O enfermeiro da CIHDOTT é um dos profissionais que pode realizar essa abordagem familiar, a CIHDOTT por sua vez deve promover a integração com todas as áreas da instituição, além de organizar as rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação e captação de órgãos e tecidos. O funcionamento adequado dessas comissões permite melhor organização do processo de doação, melhor articulação da instituição com as centrais de notificação e melhora do processo de forma qualitativa e quantitativa (ARCANJO et al., 2013).

A doação de órgãos abrange uma complexidade singular devido às inúmeras dimensões que a envolvem como, ética, cultural, religiosa, familiar e jurídica. Logo o profissional envolvido necessita de sensibilidade, empatia e humanidade para lidar com o sofrimento e conflitos gerados durante todo o processo (MENDES et al., 2012).

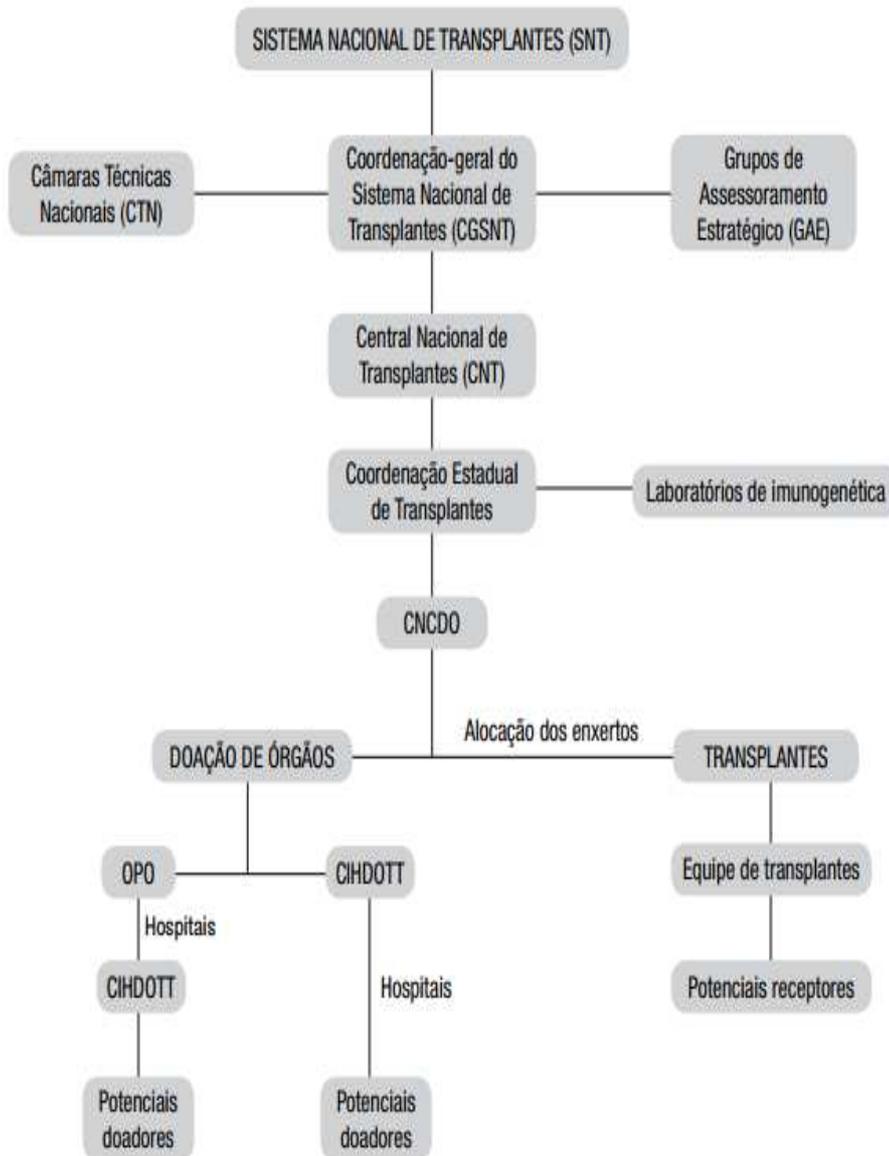
O enfermeiro, além de atuar em todo o processo de doação e transplantes, precisa estar envolvido em pesquisas, utilizar sua prática para obtenção de novas informações e evidências para o aprimoramento do cuidado prestado, estendendo à população essas informações a fim de gerar confiabilidade no processo de doação (MENDES et al., 2012).

## 2.5 O PROCESSO DE DOAÇÃO

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) é o órgão responsável pelo controle e monitoramento do processo de doação de órgãos, tecidos e transplantes realizados no Brasil. O SNT é integrado pelo Ministério da Saúde, as secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal, as secretarias de saúde dos municípios ou órgãos equivalentes, os estabelecimentos hospitalares autorizados e a rede de serviços auxiliares necessários à realização de transplantes. O SNT é composto por: Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT); as Centrais de Notificação, Captação e Doação de Órgãos e Tecidos (CNCDOs); a Central

Nacional de Transplantes e Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTTs) (BRASIL, 1998).

**Figura 1:** Estrutura atual do SNT.



Fonte: Moura LC, Silva VS. **Manual do núcleo de captação de órgãos: iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: CIHDOTT**. Minha Editora: Barueri, SP, p 63, 2014.

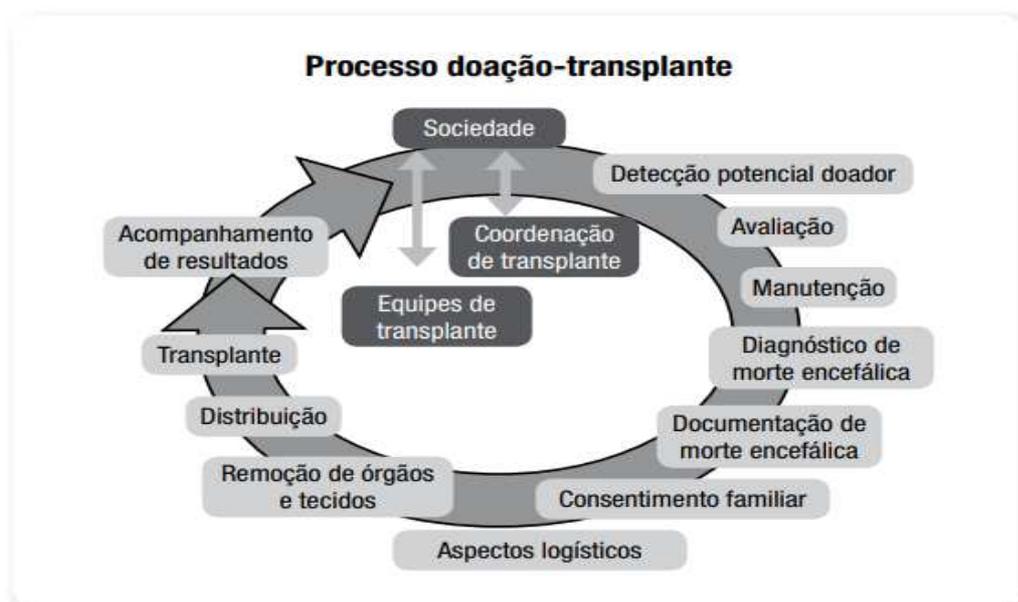
O processo de doação se compõe de uma série de etapas sequenciais que envolvem a equipe multiprofissional, tendo a sociedade como fornecedora de órgãos e tecidos e beneficiada ao final com a doação. O processo pode ter duração entre 12 horas a 72 horas e se inicia com a identificação dos potenciais doadores, realização dos testes de morte encefálica, comunicação do óbito aos familiares e notificação às entidades responsáveis. Inicia-se assim a entrevista familiar para consentimento da

doação, seguindo com avaliação do potencial doador, manutenção, até a remoção dos órgãos (GARCIA et al, 2015).

O médico é responsável por realizar a abertura do protocolo de morte encefálica e atua junto à equipe de saúde na manutenção do potencial doador. No momento em que se inicia a abertura do protocolo, notificam-se os membros da CIHDOTT da instituição hospitalar para que sejam comunicados os familiares e as entidades responsáveis. O coordenador hospitalar de transplante ou o profissional da CIHDOTT, ao receber a comunicação da abertura do protocolo de morte encefálica, acompanha o caso, revisa o prontuário do potencial doador e notifica o caso à central de transplantes. Após o diagnóstico de morte, o protocolo é revisado, para garantir que todas as exigências legais foram cumpridas, posteriormente, realiza-se, então, a entrevista com a família do potencial doador e, se houver autorização, assume-se o processo para captação e transplante (GARCIA et al, 2015).

A central de transplante participa, por lei, de todo o processo de doação-transplante. Após a notificação de potencial doador, é preenchido o formulário de notificação do potencial doador, solicita-se o envio da documentação do diagnóstico de morte encefálica, da autorização familiar e dos exames bioquímicos, sorológicos e culturais do doador. Realiza-se a alocação dos órgãos e tecidos, por meio de programa do Ministério da Saúde, o Sistema Informatizado de Gerenciamento (SIG), é comunicado às equipes de remoção, providencia-se o transporte até o hospital do doador e acompanha-se o resultado dos transplantes (GARCIA et al., 2015).

**Figura 2:** Estrutura do processo de doação-transplante.



Fonte: Manual de Doação e Transplantes de Órgãos. GARCIA, Clotilde Druck; PEREIRA, Japão Drose; GARCIA, Valter Duro. **Doação e transplante de órgãos e tecidos**. 1. ed. São Paulo: Segmento Fama, p. 22, 2015.

Na instituição cenário da pesquisa, o processo de doação acontece de acordo com as seguintes etapas: ao ocorrer um óbito ou abertura do protocolo de morte encefálica, o profissional enfermeiro membro da CIHDOTT é comunicado; este procede então com a revisão do prontuário do paciente e verifica se ele é um potencial doador de acordo com os critérios estabelecidos por lei. Realiza a comunicação ao MG Transplantes, verifica se existe equipe disponível para captação e procede à entrevista familiar e, caso haja o desejo dos familiares em realizar a doação, preenche a documentação necessária e comunica novamente ao MG Transplantes para realização da captação. Posteriormente o MG Transplantes procede à logística para realização do transplante.

Em Minas Gerais (MG), as doações de órgãos são controladas pelo MG Transplantes, que é responsável pela captação e distribuição de órgãos por meio das CNCDOs. Há uma lista única no Estado de Minas Gerais, sob a responsabilidade do MG, observando-se os seguintes critérios: urgência, compatibilidade de grupo sanguíneo, compatibilidade anatômica, compatibilidade genética, idade do paciente, tempo de espera, entre outros (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MINAS GERAIS, 2017).

O MG Transplantes foi criado em 1992 e é reconhecido hoje como um dos mais ativos e organizados sistema de transplante de órgãos do país, possui Centrais de Notificação Captação e Doação de órgãos e Tecidos (CNCDOs) nas regiões Sul (Pouso Alegre), Leste (Governador Valadares), Nordeste (Montes Claros), Zona da Mata (Juiz de Fora), Oeste (Uberlândia) e Região Metropolitana (Belo Horizonte). O MG transplantes conta ainda com uma direção geral, gerente administrativo, coordenadores dos núcleos de coração, fígado, rins, córneas e pâncreas (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MINAS GERAIS, 2017).

De acordo com Garcia e colaboradores (2015), existem inúmeras entidades, Organizações não Governamentais (ONGs), associações, instituições públicas e privadas que realizam um trabalho social relacionado à doação de órgãos e tecidos para transplantes, voltado para o esclarecimento e incentivo à população diante todo o processo, são elas:

- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO): a ABTO estimula o desenvolvimento de todas as atividades ligadas a transplantes no país, ela une

profissionais e entidades envolvidos ou interessados em transplantes, estimulando a pesquisa e a criação de centros de doação, bancos de órgãos e tecidos, serviços de identificação de receptores, além de contribuir na disseminação do conhecimento sobre transplantes de órgãos, por meio de congressos, simpósios, conferências e campanhas. A ABTO é considerada uma das organizações civis mais importantes relacionadas a transplantes e doação de órgãos e tecidos, pois atua desde a educação da sociedade até a organização legal, administrativa e hospitalar.

- Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos (ADOTE): trata-se de uma ONG mantida por voluntários de diversas áreas profissionais e tem como objetivo promover mudanças de atitudes e valores da sociedade, divulgando informações sobre o processo de doação e transplante de órgãos.

- Via Pró-Doações e Transplantes: A ViaVida é uma (organização social sem fins lucrativos), que tem como objetivo diminuir a lista de espera para transplantes de todos os órgãos e tecidos por meio do incentivo à doação de órgãos e tecidos e o incentivo à prevenção de patologias que levam à necessidade de realização de transplantes. Essa entidade conta com apoio de várias empresas, da sociedade e de voluntários, mantém diversos projetos, campanhas e ações, realizados em escolas, empresas, hospitais e faculdades. A entidade possui uma pousada em Porto Alegre/RS destinada a hospedar pessoas em lista de espera e transplantadas, de baixa renda, dando prioridade a crianças e jovens, acompanhados de cuidador familiar.

- Doe Vida: tem como objetivo conscientizar a população sobre a importância da doação e transplante de órgãos, por meio de palestras em escolas empresas e outras instituições, além de prestar assistência, continuamente, a pacientes que estão à espera de um órgão, transplantados e seus familiares.

Existem ainda outras entidades importantes como, a Rim Viver, a Gabriel e a Associação da Medula Óssea (Ameo), que trabalham diretamente no incentivo ao transplante de órgãos e tecidos.

### 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

#### 3.1 DELINEAMENTO

Para investigação do cotidiano dos profissionais que atuam na CIHDOTT, foi realizada uma pesquisa com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, ela se preocupa com a realidade que não pode ser quantificada, trabalha com o universo dos fenômenos a fim de descrever a realidade vivenciada, esta que não pode ser mensurada ou operacionalizada através de variáveis. A abordagem qualitativa se introduz no mundo dos significados, exprime uma realidade que não é visível, necessitando ser a todo momento interpretada não só pelo pesquisador como também pelo pesquisado.

Foi utilizada como referencial metodológico a Sociologia do Cotidiano de Michel Maffesoli. De acordo com Maffesoli (1998), é necessário por em ação um pensamento de acompanhamento, conceituado pelo mesmo como “*metanoia*” (que pensa ao lado), deixando à parte o pensamento impositivo e o conceito fechado dos fenômenos.

De acordo com Nóbrega e colaboradores (2012), as ideias e pressupostos de Maffesoli têm sido fonte de inspiração para as pesquisas no campo da enfermagem com objetivo de evitar o aspecto tecnicista da ciência atual, privilegiando os aspectos do imaginário, do cotidiano e adotando a sociologia do aqui e agora.

O presente estudo tem como objetivo compreender o cotidiano vivido dos enfermeiros da CIHDOTT, assim, para captar a realidade vivenciada por esses profissionais, foi utilizada a Sociologia Compreensiva. Esta permite espaço para que o sujeito se desvele de tal forma que seja exposto o que está oculto, para descrever a realidade vivenciada e para compreensão dos aspectos dos fenômenos em seu próprio contexto (MAFFESOLI, 1998).

Metodologicamente Michel Maffesoli propõe três momentos: a descrição, a intuição e a metáfora. A descrição apreende a realidade tal como ela é, suspende a crítica e os pressupostos acerca do fenômeno que será estudado. Neste momento, entra-se em contato com as informações a serem pesquisadas, com o objeto de estudo. O pesquisador se insere no cenário de estudo, de forma a contemplar as interações, as significações, o que o autor nomeia como “voltar à própria coisa”. Segundo Maffesoli (1998, p.112):

Talvez seja preciso deixar que o eu e, naturalmente, o eu crítico, se dissolva, para melhor ouvir a sutil música nascente, para melhor dar conta da profunda mudança que se opera sob nossos olhos. Em suma, pôr em ação um espírito contemplativo que saiba perceber a inegável criação social que caracteriza este fim de século. E isso levando a sério um mundo imaginal do qual se está apenas começando a entrever os contornos.

A descrição traz uma maneira de perceber em profundidade o que constitui a especificidade de um grupo social, traz a oposição de um conceito fechado dos elementos, não se trata de se esgotar aquilo que está sendo visto e sim de se aproximar do fenômeno, a fim de descrever cada detalhe, dando ênfase aos elementos menores, trata-se de não falar apenas do objeto em questão e sim através dele (MAFFESOLI, 1998).

Contudo, a descrição contenta-se em fazer sobressair todas as características do fenômeno, ela se resume em fazer “vir à luz aquilo que existe, e já está aí. Mas, por pouco que se leve isto a sério, trata-se de uma ambição intelectual que está longe de ser negligenciável” (MAFFESOLI, 1998, p. 129).

Na fase da intuição, o pesquisador traz a percepção do que ainda está nascendo. A intuição está em oposto a essa visão mecanicista, de ver as coisas a partir de seu exterior, e sim uma sensibilidade intuitiva, é o momento de compreender o fenômeno que foi descrito. Segundo Maffesoli (1998, p. 142),

Não se pode economizar a subjetividade, que não é privilégio de um indivíduo isolado, mas pertence a uma pessoa que se situa numa vasta rede de inter-relações e que comunga em mitos comuns.

O autor retrata que “com a intuição coloca-se em jogo uma “visão central” que, justamente, não é indireta, mas, antes, enraíza-se profundamente na própria coisa, dela se nutre e, portanto, dela frui” (MAFFESOLI, 1998, p.132). Nesse sentido, o autor reforça a importância da experiência, da vivência para compreender as características do fenômeno, o “*feeling*” do pesquisador, através da capacidade de entrar em contato com o outro, sem pressupostos, sem julgamentos, mas sim, com um conhecimento intuitivo.

É isso que constitui o próprio da intuição:

Perceber em toda sua concretude os valores cotidianos que partilhamos, com outros, no âmbito de um ideal comunitário. É também nesse sentido que a intuição intelectual é um instrumento privilegiado para compreender a vida nova, fundada sobre a experiência cujos contornos, pouco a pouco,

vão-se configurando sob nossos olhos (MAFFESOLI, 1998, p. 146).

E, por fim, Maffesoli traz a metáfora no uso dos resultados, que se propõe a desvelar o que está oculto, favorecendo as discussões e reflexões, auxiliando na compreensão do fenômeno que está sendo estudado e as significações que o pesquisador intuiu e observou na descrição (MAFFESOLI, 1998). Assim o autor apregoa que:

Como a intuição é um bom meio de apreender o retorno da experiência cotidiana, é possível que a metáfora seja a mais capacitada para perceber o aspecto matizado de um mundo marginal cujos desdobramentos ainda são imprevisíveis (MAFFESOLI, 1998, p. 147).

A metáfora é um instrumento privilegiado, pois, contentando-se com descrever aquilo que é, buscando a lógica interna que move as coisas e as pessoas, reconhecendo a parcela de imaginário que as impregna, ela leva em conta o “dado”, reconhece-o como tal e respeita suas coibições (MAFFESOLI, 1998, p. 151).

De acordo com o autor, a metáfora não tem a pretensão da explicação causal do fenômeno, e sim, da compreensão do mesmo, não atribuindo um sentido único às coisas, mas ajudando a perceber suas significações. O uso da metáfora traz leveza aos resultados, uma vez que favorece a compreensão dos fenômenos sociais e a sabedoria encontrada no senso comum (MAFFESOLI, 1998).

A Sociologia Compreensiva apresentada por Maffesoli (1985, p. 25) “propõe descrever o vivido naquilo que é, contentando-se assim, em discernir as visadas dos diferentes atores envolvidos”. Assim, a Sociologia Compreensiva permite a condução da pesquisa de maneira mais ampla por não ter a pretensão de explicar o fenômeno e sim de compreender o que se apresenta, ou seja, as situações que constituem a vida cotidiana.

### 3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A investigação do presente estudo foi realizada em uma instituição hospitalar privada do Município da Zona da Mata Mineira que possui em sua estrutura uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), registrada no Ministério da Saúde, conforme Portaria n. 2.600, de 21 de outubro de 2009, tendo sido possível acompanhar o trabalho dos enfermeiros membros da mesma.

A presente instituição possui 20 anos no mercado, recebendo Acreditação Hospitalar pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), sendo classificada como nível 3. Possui ainda acreditação internacional pela *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (Niaho)* e está afiliada à Associação Nacional dos Hospitais Particulares - ANAHP. Conta em sua estrutura com 272 leitos, sendo 200 de internação, entre apartamentos, alas para atendimento a planos de enfermagem, individualizados, e leitos de Berçário. Além de Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal e Unidade Coronariana, somando 52 leitos. O hospital possui ainda 20 leitos de Emergência, com plantão nas especialidades de Clínica Médica, Ortopedia/Traumatologia, Pediatria e Cardiologia.

A instituição foi o primeiro hospital privado do interior de Minas Gerais a receber credenciamento do Ministério da Saúde para realização de Transplante de Medula Óssea do tipo autólogo e transplante de córnea, tal feito ocorreu em 2013. O transplante de fígado foi credenciado pelo Ministério da Saúde na instituição em 2016. A CIHDOTT da instituição é composta por 21 enfermeiros, dois psicólogos e dois médicos, entre esses, dois coordenadores, sendo um enfermeiro e um médico. A equipe atua diretamente na abordagem, acompanhamento do protocolo de morte encefálica e identificação dos potenciais doadores na instituição.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Para participação na pesquisa, delimitaram-se alguns critérios de inclusão e exclusão. Destarte, foram critérios de inclusão: profissionais enfermeiros, membros da CIHDOTT independentemente do tempo de permanência na comissão e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo I). Como critérios de exclusão, apontam-se: profissionais de outras categorias, que já atuaram e não atuam hoje como membros da comissão e os profissionais que estavam de férias, licença ou atestado médico durante a coleta de informações e que não aceitaram participar do estudo assinando o TCLE.

Sendo assim, fizeram parte da pesquisa 11 enfermeiros atuantes na comissão. Durante o processo de coleta de informações, havia um enfermeiro de férias, três enfermeiras de licença-maternidade, dois estavam se desligando da instituição e quatro se recusaram a participar da pesquisa.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), para análise e parecer, tendo recebido parecer favorável n. 1.945.935 (ANEXO II). Foram seguidos todos os cuidados em relação à Resolução n. 466\12, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012).

Salienta-se que se esclareceu aos participantes quanto ao objetivo do estudo e contribuições, informando-os de que a pesquisa possui risco mínimo por não haver intervenções com os mesmos. Tal estudo busca o aprimoramento das práticas, reflexão sobre o tema e ampliação da produção científica. Foi garantido anonimato dos participantes, para tanto, estes foram nomeados na pesquisa por sentimentos relacionados ao processo de doação. Não haverá qualquer ônus referente à pesquisa aos participantes, nenhum custo adicional e nenhum recebimento de qualquer vantagem financeira.

O conteúdo adquirido durante a pesquisa por meio das entrevistas ficará arquivado com a pesquisadora por cinco anos e, após, será destruído. Garantiu-se ainda ao participante o direito de se retirar da pesquisa em qualquer uma de suas fases. Qualquer dano decorrente da pesquisa será de responsabilidade da pesquisadora. A divulgação do estudo dar-se-á apenas em eventos e/ou periódicos de natureza científica. Foram solicitadas autorizações para a realização da pesquisa, dirigidas à Instituição escolhida como cenário de pesquisa, assim como a declaração de infraestrutura (ANEXO III).

### 3.5 PROCESSO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

O processo de coleta de informações se iniciou por entrevistas individuais, fundamentadas na etapa da “descrição” proposta por Maffesoli. Para coleta dos depoimentos, realizaram-se entrevistas semiestruturadas, direcionadas por um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE I). Minayo (2014) retrata que a entrevista semiestruturada é composta por perguntas abertas e fechadas, possibilitando ao participante discorrer sobre o objeto de estudo e ao pesquisador, mais profundidade frente ao que for exposto.

As informações foram coletadas no período de julho/2017 a dezembro/2017, e o convite para participação na presente investigação foi realizado pessoalmente na instituição de pesquisa. As entrevistas foram realizadas no local de escolha dos participantes, tendo sido realizadas em sua totalidade no próprio ambiente de trabalho. A entrevista se compôs das seguintes questões: “Há quanto tempo você atua na instituição como membro da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT)?”. “Fale sobre seu dia a dia como membro da CIHDOTT”. “O que significa para você ser membro da CIHDOTT?”. “Como você realiza a abordagem familiar?”. “Como você compreende o cotidiano do enfermeiro como membro da CIHDOTT?”.

Os depoimentos foram gravados em mídia digital MP3 mediante autorização dos participantes e posteriormente transcritos na íntegra na ferramenta do *office Word 2010* para obter a fidedignidade das informações. O tempo de duração das entrevistas variou entre 30 minutos e duas horas. Como já explicitado, a identidade dos profissionais não foi revelada, para isso os participantes receberam codinomes de sentimentos associados ao processo de doação de órgãos, escolhidos pela pesquisadora de forma aleatória, tais como, “Entrega”, “Solidariedade”, “Amor”, “Vínculo”, “Empatia”, “Acolhimento”, “Simplicidade”, “Humanização”, “Doação”, “Amizade” e “Carinho”.

### 3.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

As informações foram transcritas na íntegra obtendo a fidedignidade, posteriormente foi realizada leitura recorrente com objetivo de se encontrarem as categorias temáticas que deram origem às discussões e reflexões do estudo. Na sequência, foi realizada a leitura flutuante dos discursos e se identificaram as unidades de significados, que são os sentidos atribuídos às categorias na relação dialógica entre os discursos dos participantes e a interpretação da pesquisadora (MYNAIO, 2014).

A análise das informações é um momento fundamental de construção do pesquisador. Essa análise qualitativa não é uma mera classificação de opinião dos participantes, mas sim “a descoberta de seus códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações. A busca da compreensão e da interpretação à luz da teoria aporta uma contribuição singular e contextualizada do pesquisador” (MYNAIO, 2014, p. 27).

A compreensão do fenômeno e apreensão dos sentidos das falas expressas pelos participantes se fundamentaram nas etapas de “intuição” e “metáfora” propostas por Maffesoli. O agrupamento das categorias se deu de acordo com os discursos dos participantes e, a cada entrevista realizada, as mesmas foram transcritas para se obter a fidedignidade dos discursos.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

*“Não, não, a Morte não é algo que nos espera no fim. É companheira silenciosa que fala com voz branda, sem querer nos aterrorizar, dizendo sempre a verdade e nos convidando à sabedoria de viver”.*

*(Rubem Alves)*

A CIHDOTT da instituição é composta por 21 enfermeiros, dos quais participaram da pesquisa 11. Durante a coleta, quatro enfermeiros se recusaram a participar, alegando que estavam com receio de ser identificados ou de ser arguídos pela coordenação e/ou direção mediante as informações oferecidas durante a entrevista. Foram esclarecidos todos os aspectos éticos relacionados ao anonimato, mas, ainda assim, esses profissionais mantiveram sua decisão. No primeiro contato com os profissionais, ao iniciar as entrevistas, pôde-se perceber que alguns enfermeiros apresentavam-se receosos em participar da pesquisa, por não possuírem aproximação e vivência com essa realidade. Demonstraram medo de ser identificados e de dizer algo que pudesse prejudicá-los, enquanto enfermeiros da instituição.

Mediante tal fato, foram explicitados novamente e detalhadamente os objetivos da pesquisa, assegurando-se que não seriam identificados, garantindo assim o anonimato dos que aceitaram participar da pesquisa. Nesse momento, os participantes se sentiram mais seguros durante as entrevistas e puderam expor de forma verdadeira o que realmente significa ser enfermeiro dessa comissão na instituição cenário de pesquisa. Assim, o número de participantes foi definido mediante adesão dos profissionais a participar da pesquisa.

Dos 11 participantes do estudo, 72% eram mulheres e 28% homens. Os participantes possuíam média de idade de 35 anos, variando de 29 a 51 anos. Quanto à raça, oito se declararam brancos e três, negros. O tempo de trabalho na comissão variou de dois meses a seis anos, com média de 2 anos e 7 meses. Os enfermeiros em sua totalidade informaram não possuir especialização na área de transplantes. O tempo de duração das entrevistas variou entre 30 minutos e duas horas.

Para melhor compreensão da análise e discussões, faz-se necessário realizar uma breve apresentação dos participantes da pesquisa. É importante destacar que

os codinomes foram definidos pela pesquisadora de forma aleatória, de modo a associar sentimentos presentes no momento da doação.

A primeira participante entrevistada recebeu o codinome Entrega. Tem 30 anos, declara-se de cor branca, atua na instituição como enfermeira há cinco anos e faz parte da comissão há um ano. Realizou pós-graduação em Urgência e Emergência Pré-Hospitalar e Hospitalar e Acupuntura.

A participante Solidariedade tem 31 anos, declara-se de cor branca, trabalha na instituição há sete anos e está na comissão há três anos. Possui pós-graduação em Centro Cirúrgico, Central de Material e Esterilização e Recuperação Pós Anestésica e Estomaterapia.

O participante Amor, 30 anos, cor branca, atua na instituição há seis anos e na CIHDOTT há quatro anos. Possui pós-graduação em Enfermagem Obstétrica, Cardiologia e em Gestão, Auditoria e Acreditação dos Serviços de Saúde.

A participante Vínculo, tem 29 anos, cor branca, relata ser enfermeira da instituição há quatro anos e atua na comissão há seis meses. Possui MBA em Gestão e Auditoria.

Empatia, participante do sexo masculino, 51 anos, declara-se branco, atua na instituição há 15 anos e foi nomeado para comissão há dois anos. Possui especialização em Gestão Hospitalar.

O participante Acolhimento, possui 29 anos, declara-se negro, atua na instituição há três anos e foi nomeado como membro da comissão há um ano. Possui pós-graduação em UTI Adulto e Neonatal.

Simplicidade é do sexo feminino, possui 30 anos, declara-se branca, trabalha na instituição há três anos e possui o mesmo tempo na comissão. Possui especialização em UTI Adulto e Neonatal.

Humanização é do sexo feminino, tem 35 anos, declara-se negra, atua na instituição e na comissão há seis anos. Possui especialização em UTI Adulto e Neonatal.

A participante Doação possui 34 anos, declara-se branca. Trabalha na instituição há quatro anos e foi nomeada para a comissão há dois anos. Possui pós-graduação em UTI Adulto e Neonatal, Enfermagem do Trabalho e Auditoria de Saúde.

Amizade é do sexo feminino, possui 48 anos, declara-se branca. Atua na instituição como enfermeira há dez anos e foi nomeada para a comissão há cinco anos. Possui pós-graduação em UTI Adulto e Neonatal.

Finalizando, a participante Carinho possui 40 anos, declara-se negra, trabalha na instituição há três anos, e atua na comissão há dois meses e não possui especialização. Os demais profissionais que compõem essa comissão são: dois médicos e um psicólogo.

Para a análise das informações, constituiu-se as seguintes categorias: O ser enfermeiro da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT); Relação com a família; Abordagem Sensível e Treinamento e Capacitação como necessidades desse fazer.

#### 4.1 O SER ENFERMEIRO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE (CIHDOTT)

O processo de doação e transplantes de órgãos é complexo, por ser um momento delicado e sensível para os protagonistas envolvidos, há necessidade de investimentos em recursos humanos e materiais, além dos aspectos éticos que devem ser considerados nesse contexto. Ser membro de uma comissão relacionada a doação e transplantes de órgãos exige, além da competência técnica, sensibilidade para atuar nas fases do processo.

É importante tornar visíveis as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros da CIHDOTT. Portanto se faz relevante a divulgação desse trabalho desenvolvido, viabilizando a sensibilização, a informação e os caminhos seguidos para a captação, doação e transplante de órgãos realizados na instituição. Cicolo e colaboradores (2010) afirmam que um modo eficaz de tornar esse trabalho conhecido é através da elaboração de pesquisas científicas. A caracterização dos trabalhos publicados é fundamental para que se torne possível conhecer os pontos de maior interesse, estimular a realização de estudos que preencham as lacunas existentes e auxiliar no aprimoramento das ações desses profissionais.

Este capítulo apresenta a vivência dos participantes no que tange à sua atuação como enfermeiros da comissão e suas vivências relacionadas a esse trabalho. O enfermeiro membro da CIHDOTT é considerado fundamental, uma vez que, apesar de existir uma equipe multiprofissional que compõe essa comissão, todo o processo perpassa por sua atuação, desde a identificação do potencial doador, entrevista familiar até a finalização do processo.

Nesse sentido, ao serem questionados sobre o significado de ser membro da comissão, os participantes reconhecem a importância do seu papel na CIHDOTT e acreditam que estão contribuindo para viabilizar o processo de doação.

“Eu acho que o enfermeiro é uma pessoa de referência, uma pessoa específica para o cargo, se ele não estiver, a coisa se perde.” (Entrega)

“O enfermeiro que atua na CIHDOTT é extremamente importante, pois através de uma avaliação bem feita é que vamos ter a possibilidade de uma doação de órgãos, culminando assim com uma vida salva. Os enfermeiros precisam entender que somos a “porta de entrada” dos transplantes e de grande importância na CIHDOTT.” (Doação)

O estudo realizado por Lima (2012) evidenciou que o profissional atuante no processo de doação e transplantes compreende que seu trabalho é extremamente significativo, por entender que está fazendo algo que impacta a vida das pessoas, além de ter a possibilidade de oferecer ao doador um fim digno e à família, mais informação e conforto nesse momento distinto.

Corroborando com os autores, Ferreira e colaboradores (2015) reforçam em seu estudo que o enfermeiro considera gratificante trabalhar com transplante de órgãos, devido à possibilidade de salvar vidas e à oportunidade de acolhimento aos familiares do doador.

A participante “Entrega” ressalta que o enfermeiro é a pessoa de referência na comissão e, por conseguinte, existe uma real necessidade de revisitar continuamente a sua prática, a fim de recusar a simplificação e fragmentação do saber, pois o cuidado humano exige, além da técnica e tecnologia, a escuta, sensibilidade e zelo. E atuar com transplante exige desenvolvimento de tais competências e habilidades com o objetivo de melhorar a sua prática (PUSCHEL et al., 2017).

Conforme depoimentos, os enfermeiros associam o processo de doação a ajuda e auxílio profissional ao próximo, ressaltam sentimentos como solidariedade e gratidão, tanto para quem espera por uma doação quanto para os familiares do potencial doador. Ressaltam a importância de uma atitude empática com intuito de sensibilização no processo de doação de órgãos.

“Estar na CIHDOTT hoje significa mais que articular e organizar o processo de doação, detectar o possível doador de tecido ou órgãos, mas gratificante é saber que as doações vão ajudar muitos que estão sem esperança que, recebendo o transplante, vão ter qualidade de vida. Nesse processo, o enfermeiro se

coloca à frente com um trabalho humanizado, obtendo conhecimento sobre o processo de morte.” (Empatia)

“Ser membro da CIHDOTT é bom, ver que você pode ajudar mesmo.” (Humanização)

“Ser membro da CIHDOTT para mim hoje significa mais que uma oportunidade e sim uma gratidão por poder contribuir para que alguém possa viver diante de tamanha tristeza que é a perda de um ente querido.” (Doação)

Maffesoli (1985) ressalta que a compreensão que se pretende de algo requer uma atitude de simpatia, respeito e empatia. Sentimentos esses que permitem que as pessoas se façam presentes e compreendam os acontecimentos sociais.

Paterson e Zderad (1988) ressaltam a importância do “estar-com” o outro, a interação entre duas pessoas através de uma experiência intersubjetiva em que ocorre o verdadeiro partilhar, a fim de que, nesse diálogo, haja o relacionar-se, o estar presente e o encontrar-se. Contudo, Caponi (2000) complementa que:

A solidariedade precisa, para poder existir, do respeito, da admiração, do reconhecimento do outro como alguém capaz de reclamar, aceitar ou negar assistência. A pessoa sujeita a uma necessidade não reclama ser protegida. Não quer um olhar piedoso, nem o isolamento: ela exige poder inserir-se em uma rede de vínculos em que seja reconhecida como igual em orgulho e dignidade (CAPONI, 2000, p.95).

A autora reforça a importância de uma assistência baseada na solidariedade, quando se reconhece naquele que sofre um semelhante, alguém com quem seja possível dialogar, argumentar e de quem se possa discordar. Assim o profissional, ao se relacionar com os protagonistas desse processo, mantém-se em uma posição de solidariedade frente a esse momento de fragilidade.

Maffesoli (1998) salienta a importância da razão sensível, a tendência de alguns profissionais a mecanizar suas ações e realizá-las apenas tecnicamente. O autor reforça que, em determinados momentos, é imprescindível que se associem a arte, o conhecimento, a sensibilidade e a paixão, sentimentos esses que foram abandonados na modernidade. Frente a esse panorama, o autor apregoa a noção de compreensão e sensibilidade. A compreensão necessita de uma generosidade, uma proximidade de que permite apreender ou sentir as sutilezas de um determinado momento ou de uma situação social qualquer.

Conforme abordado pelo participante “Empatia”, ao desenvolver seu papel na CIHDOTT, é imprescindível ao enfermeiro que se coloque frente a um cuidado humanizado. É importante ressaltar que o processo de humanização engloba vários

aspectos, como atendimento ao paciente, condições de trabalho, além do cumprimento das necessidades básicas institucionais, tais como administrativas, físicas e humanas. O enfermeiro inserido neste cenário pode contribuir para que esse cuidado prestado aos familiares e ao potencial doador esteja centrado na sensibilidade, na ciência e arte (SILVA et al., 2015).

As autoras destacam que as práticas cotidianas relacionadas à humanização necessitam de um conhecimento prévio, além de possuírem caráter subjetivo. Englobam diferentes significados, para os profissionais, trata-se do cuidar com respeito, carinho, amor, empatia, acolhimento e diálogo; na produção acadêmica esse cuidado humanizado engloba a criação de vínculo, qualidade do cuidado e a valorização dos trabalhadores.

Pode-se perceber que alguns integrantes da CIHDOTT se encontram envolvidos e comprometidos no processo de doação e transplante, demonstram sensibilidade ao se tratar desse momento, desenvolvem com gratidão suas atividades relacionadas à comissão. Acreditam que, ao exercerem tal prática, também contribuem como seres melhores no mundo e demonstram uma atitude solidária, humanizada e sensível para com a sociedade.

Mediante a isso, Sprandel e colaboradores (2012) ressaltam que esses sentimentos podem ocorrer de modo espontâneo, mas, na maioria das vezes, acontecem a partir de uma reflexão pessoal e coletiva realizada por esses profissionais durante suas realidades vivenciadas. Essa sensibilidade está relacionada a atitudes no âmbito pessoal e social, uma vez que o processo de doação e transplante é entendido como uma ação solidária frente à sociedade e aos familiares.

Outro ponto apresentado pelos participantes trata-se da falta de valorização e a importância que se tem no serviço, levando à desmotivação para realização desse trabalho.

“Eu vejo que a participação do enfermeiro, quando ele é atuante, faz muita diferença no serviço. Primeiro eu acho que você tem que saber sua importância naquele serviço, porque, se você sabe que é importante, você dá importância para aquele serviço.” (Entrega)

“Acho que é importante fazer com que o enfermeiro entenda qual é o papel dele e como ele está inserido nessa CIHDOTT, mostrar para ele a sua importância na CIHDOTT.” (Solidariedade)

“Ser membro da comissão não tem grande significado para mim porque não houve melhoria em nada. Eu esperava um mínimo de reconhecimento profissional, melhoria financeira, o que infelizmente não acontece.” (Acolhimento)

Lage e Alves (2016) ressaltam a importância do reconhecimento do enfermeiro no cotidiano de trabalho, uma vez que a valorização do seu fazer e do trabalho desenvolvido influencia diretamente no desempenho profissional, visto que implicações negativas levam à desmotivação e insatisfação no ambiente laboral. Os autores afirmam que, quando o profissional se sente valorizado e reconhecido, este desempenha seu papel com comprometimento e satisfação, desenvolvendo uma assistência de qualidade.

Sprandel e Vagheti (2012) afirmam em seu estudo que o reconhecimento do trabalho exercido pelos enfermeiros, o sentimento de valorização, de realização profissional e satisfação mobilizam o profissional e incentivam seu fazer, contribuindo ainda para o desejo de crescer profissionalmente e buscar continuamente o conhecimento.

Conforme apresentado por “Acolhimento”, não houve significado para o mesmo em fazer parte da comissão, devido à ausência de reconhecimento profissional e melhoria financeira. Ao se inserir em uma comissão importante como a de doação de órgãos, que visa beneficiar outras pessoas por meio de um trabalho multidisciplinar, o profissional espera essa valorização, esta pode mobilizar o enfermeiro a desenvolver seu trabalho com qualidade e a fazer diferença naquele serviço.

Maffesoli (1985) afirma que há uma variabilidade e pluralidade nos sistemas das organizações e suas representações sociais. O autor ressalta que:

[...] tem sua base justamente no aspecto fragmentado, plural, coletivo e polifônico do corpo social. As histórias humanas nos mostram a sociedade que não chegamos a unificar, a uniformizar, a reduzir a diferença. Mais cedo ou mais tarde, de uma maneira direta, violenta, ou por vias transversas, pela astúcia ou pela passividade, a diferença ressurge e isto explica este politeísmo de valores que, em quaisquer domínios que sejam, logo exprime-se (MAFFESOLI, 1985, p.95).

Ávila e colaboradores (2013) demonstram que, quando o trabalhador é reconhecido e valorizado, este desenvolve seu fazer com maior comprometimento e satisfação, pois ele se sente motivado a desenvolver um trabalho com qualidade.

Outro ponto levantado pelos participantes relaciona-se à rotina de trabalho. Os enfermeiros não possuem uma rotina definida, o trabalho desenvolvido na

comissão acontece no decorrer do plantão, de forma simultânea com suas atividades diárias e, por vezes, o acúmulo de funções atrapalha a realização de um trabalho de qualidade. Essa sobrecarga dificulta o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro da CIHDOTT, impossibilitando a busca ativa de potenciais doadores, a detecção precoce de possível abertura de protocolo de morte encefálica, levando a subnotificações, fatores esses que vão inefetivar a doação.

Ludwig e colaboradores (2017) ressaltam a necessidade da busca ativa de potenciais doadores nas instituições. Às vezes, os profissionais que atuam na assistência direta não detectam esses potenciais doadores, o que desencadeia as subnotificações. Estas se encontram entre as principais causas de não realização de doação. Soma-se a isso a falta de estrutura dos hospitais e sobrecarga dos profissionais inseridos nas comissões.

“Nós, enquanto membros da comissão, não temos uma rotina definida, atuamos como enfermeiro assistencial, durante nosso plantão e, quando ocorre um óbito, somos acionados para dar início aos procedimentos conforme protocolo já estabelecido na instituição. Acredito que o enfermeiro ainda tem papel coadjuvante nesta equipe por agregar tantas funções no dia a dia.” (Acolhimento)

“A CIHDOTT não tem uma atribuição diária, a atividade da CIHDOTT é quando tem algum óbito na instituição. Os enfermeiros da instituição ligam para algum membro da CIHDOTT e a gente vai proceder à avaliação desse prontuário e abordagem do familiar se for pertinente.” (Solidariedade)

Conforme mencionado por “Acolhimento”, o enfermeiro ainda possui um papel coadjuvante na comissão, tendo em vista se tratar de mais uma função agregada ao seu cotidiano. Esse acúmulo dificulta a otimização do trabalho desenvolvido na comissão, levando à perda de potenciais doadores. O estudo realizado por Moraes e colaboradores (2014) com enfermeiros atuantes de CIHDOTTs salientou que o excesso de trabalho da equipe de saúde, acrescido da escassez de recursos humanos, interfere na detecção precoce dos pacientes em morte encefálica, fazendo com que o processo de doação permaneça em segundo plano.

De acordo com Silva e colaboradores (2016), os enfermeiros possuem suporte legal para desenvolver as atividades com doação e transplantes de órgãos, entretanto, grande parte não desenvolve essa atividade exclusivamente. Isso impede que os hospitais atinjam seu potencial para as doações por não conseguirem gerenciar todo o processo exclusivamente.

Esses autores realizaram um estudo no Estado de São Paulo, em hospitais públicos que possuem CIHDOTTs, implementando um projeto intra-hospitalar de coordenação de doação de órgãos e tecidos, com a contratação de um enfermeiro exclusivo para desenvolver essa atividade. O objetivo do projeto foi aumentar o número de doadores e as notificações de pacientes em morte encefálica, a fim de reduzir a espera dos pacientes por transplantes. O projeto foi avaliado por cinco anos e constatou-se que houve uma melhora significativa, nos hospitais que aderiram ao referido projeto, tanto nas notificações de morte encefálica, quanto no aumento das doações (SILVA et al, 2016).

Pôde-se perceber a importância do enfermeiro em uma CIHDOTT atuante. O que faz a diferença não é o número de enfermeiros inseridos na comissão, mas sim a qualidade do serviço desenvolvido por esses. A partir do momento que a instituição oferece condições adequadas, suporte e recursos, o trabalho é desenvolvido com qualidade. Ao possuir um enfermeiro exclusivo para a realização desse serviço, é possível trabalhar na busca ativa, atuação direta nos protocolos de morte encefálica e atenção aos familiares. O enfermeiro ainda é capaz de desenvolver intervenções educacionais aos profissionais da instituição e a interação direta com a equipe multiprofissional para melhoria do processo.

A Portaria n. 92/GM, de 23 de janeiro de 2001, estabelece os procedimentos destinados a remunerar as atividades de doação, captação e transplante de órgãos e determina que a direção do hospital proverá área física e equipamentos adequados para o funcionamento da CIHDOTT e definirá a carga horária dos seus membros (BRASIL, 2001). Porém se observa que isso não ocorre, visto que os enfermeiros realizam as atividades no decorrer de seu plantão concomitantemente com a suas atividades diárias.

Assis (2008) ressalta que uma das formas de valorização e reconhecimento desses profissionais seria a criação de incentivos de acordo com o trabalho desenvolvido na comissão, visto que o profissional não se torna exclusivo e acumula tarefas além do trabalho relacionado à doação de órgãos. Nessa perspectiva, as dificuldades mencionadas por esses profissionais ao não se sentirem valorizados, ao acúmulo de tarefas podem levá-los à desmotivação, ao desgaste físico e emocional, culminando com a não realização da busca por potenciais doadores ou até mesmo com a realização de uma abordagem de má qualidade e não acolhimento dos familiares.

Observam-se, na atualidade, avanços científicos, tecnológicos no que tange ao processo de doação e transplantes, contudo é imprescindível um esforço das organizações para viabilizar o aumento de doações e a realização de transplantes. É necessário que tais obstáculos estejam evidentes aos gestores das instituições, a fim de que, invistam no processo e nas comissões para que inúmeras pessoas sejam beneficiadas com essa modalidade terapêutica.

O depoimento realizado pela participante “Simplicidade” evidenciou que, ao trabalhar com transplante de órgãos, por vezes, o profissional se torna apto para doação, fazendo com que acredite no processo. Portanto, ao se inserir nesse cenário, os enfermeiros compreendem a necessidade de entendimento dos profissionais de saúde do processo de doação, para que seja possível superar as dificuldades que envolvem a doação.

“Ser membro da CIHDOTT tem um significado muito importante porque é bom que a gente está atuando não só com esse familiar que houve óbito, mas podendo melhorar a vida de outros familiares, né? Querendo ou não, a gente mesmo fica apto para a doação de órgãos. A partir do momento que a gente envolve com a família.” (Simplicidade)

O estudo realizado por Lima (2012) evidenciou que o processo de doação e transplantes de órgãos é permeado por conflitos morais e éticos. Cada enfermeiro que se encontra inserido nesse processo compreende o significado da doação à sua maneira. Eles mencionaram que doar envolve coragem e significa desprendimento da matéria, entretanto, nem sempre garante ao receptor a sobrevivência e qualidade de vida.

O estudo evidenciou ainda que, alguns enfermeiros mesmo trabalhando com a doação, se questionam se seriam doadores ou não. Existe uma ambiguidade de sentimentos relacionados ao processo de doação, como, por exemplo, a sua validade, por verificarem em seu cotidiano as dificuldades e insucessos dos transplantes, além de vivenciarem situações desumanizantes (LIMA, 2012).

Maffesoli (1998) afirma que o conhecimento é construído por meio da compreensão dos sentidos e das vivências cotidianas que ressignificam a vida. Mediante a isso, o significado da doação para os profissionais e sua atuação durante o processo vão acontecer de acordo com suas vivências e experiências no decorrer das etapas do processo de doação.

Assim, quando os enfermeiros vivenciam o cotidiano da doação e compreendem os obstáculos enfrentados do ser enfermeiro da comissão, acredita-

se que eles se tornem agentes de mudanças da realidade social e tendam a projetar ações que beneficiam e efetivam o processo de doação. Ressalta-se que a educação vem sendo apontada como caminho adequado para superação dessas dificuldades.

## 4.2 RELAÇÃO COM A FAMÍLIA

A família é primordial no processo de doação e transplantes de órgãos, visto que a efetivação e finalização do mesmo ocorrem através do consentimento dos familiares. Dessa forma, estes necessitam de informação clara e concisa acerca da assistência prestada ao seu familiar, bem como de confiança no profissional que atua nessa assistência.

A morte é um momento delicado para os familiares, além da perda de seu ente querido, decidir por doação ou não neste momento torna-se ainda mais doloroso. Segundo Medeiros e Lustosa (2011), a morte na atualidade ainda é compreendida como tabu. Observa-se que esse tema não está presente no dia a dia do mundo familiar, embora ela esteja tão próxima, existe uma dificuldade em tratá-la na sociedade. Questões cotidianas comprovam esse fato, como pais que não sabem se devem falar sobre a morte de um parente a seus filhos, professores que se veem sem ação diante de perguntas insistentes sobre a morte, e profissionais de saúde que a enfrentam, e por vezes, não lidam de forma natural com tal fato.

Segundo Lima e colaboradores (2017), a morte e o processo de morrer são momentos da vida que geram sentimentos como angústia, medo e ansiedade. Apesar de fazerem parte do cotidiano, ainda são considerados tabus na sociedade e são cercados por crenças pessoais, culturais, religiosas e sociais, que vão influenciar diretamente a tomada de decisões. Cotidianamente os profissionais estão inseridos no modelo de atenção à saúde baseado no diagnóstico, tratamento de doenças, alívio de sintomas e cura. Trata-se do modelo biomédico, em que as abordagens relacionadas ao sofrimento do ser, sintomas emocionais, sociais e espirituais ficam em segundo plano e existem fragilidades na preparação dos profissionais para lidar com esses momentos.

Os autores complementam que historicamente a morte acontecia no lar com a presença dos familiares e que atualmente este cenário mudou, sendo a morte cada vez mais institucionalizada, levando à alteração da percepção dos familiares frente a esse momento, ou seja, há um estranhamento. Para mudança desse paradigma,

deve-se criar o hábito de discutir, pensar e dialogar sobre o tema, para que seja possível encarar a finitude da vida.

A presente categoria aborda o papel do enfermeiro em CIHDOTT no que tange à assistência prestada à família e trata de questões relacionadas à interação do enfermeiro com esses familiares, o cuidado prestado durante a internação e o conhecimento dos familiares relacionados ao processo de doação, os quais foram mencionados pelos participantes como fatores que influenciam em sua atuação como membros da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.

Rosário e colaboradores (2013) afirmam que a doação e o transplante de órgãos são um grande passo para a humanidade na reabilitação e na expectativa de vida do ser humano. Portanto, torna-se necessário esclarecimento sobre o funcionamento desse processo para a sociedade e familiares, a fim de que se efetive a doação.

O estudo realizado por esses autores revelou que inúmeros são os motivos para a não doação, entre eles, a discordância entre familiares, o desconhecimento sobre a vontade do potencial doador, o desejo de manter o corpo íntegro, o medo da demora na liberação do corpo, a falta de compreensão sobre o diagnóstico de morte encefálica e a questão religiosa, o descontentamento com o atendimento da equipe do hospital, o respeito pela opinião do potencial doador manifestada em vida de não ser um doador de órgãos e a desconfiança e medo de tráfico de órgãos (ROSÁRIO et al., 2013).

Dalbem e Caregnato (2010) afirmam que a doação de órgãos tem extrema importância social e depende da autorização familiar e da vontade manifestada em vida do ser. Portanto, faz-se necessário ampliar o debate sobre o tema, com realização de campanhas para estimular e conscientizar a população, incentivar e sensibilizar as pessoas a manifestarem seu desejo de doação em vida e inserir essa discussão em família. Essas são estratégias que poderão contribuir para o aumento das doações, levando ao crescimento do número de transplantes e ao aumento da expectativa de milhares de pacientes que aguardam na fila por um transplante.

Os relatos demonstram que o tema “doação e transplantes” ainda não é mencionado entre as famílias e é divulgado para sociedade de forma muito tímida, apenas em campanhas e em momentos específicos. Segundo Lira e colaboradores (2012), o conhecimento sobre a doação de órgãos foi instituído na sociedade de forma mecanizada, com base no modelo biomédico, como uma simples substituição

de órgãos. Somente na década de 1980, passou-se a valorizar o doador, portanto ainda há um estigma da sociedade referente à doação de órgãos.

“Quando a família é bem orientada, facilita todo processo, mas para mim ainda precisa conscientizar a todos sobre a importância de todo o processo de doação.” (Amizade)

“Mesmo que a doação não seja aceita, é importante ter esse assunto esclarecido para a família.” (Solidariedade)

Frente a esse panorama, torna-se indispensável a educação em saúde voltada para o transplante de órgãos através de pesquisas relacionadas ao tema e promoção de medidas educativas e sensibilização da sociedade. A atuação da enfermagem no processo precisa voltar suas ações para essa educação, visando aperfeiçoar o processo de doação com objetivo de conscientização dos familiares, profissionais e sociedade (SOUZA et al., 2014).

Pôde-se perceber por meio dos relatos a necessidade de elaboração de programas informativos, divulgação nas mídias, para que seja oferecido à sociedade o esclarecimento adequado quanto à manifestação da opção por ser doador e de como ocorre o processo de doação. Os relatos a seguir reforçam a ideia de que o tema doação e transplantes precisa ser divulgado nas famílias, na sociedade, a fim de tornar o processo visível, reforçando a confiabilidade em todas suas etapas.

“Ainda se fala pouco em doação de órgãos na mídia, esse assunto precisa ser trabalhado dentro das casas, eu acho que falta um pouco de campanha do MG, não fazer campanha só em épocas específicas do MG não, a gente fala em Sistema Nacional de Transplantes, é fazer mais trabalho, fazer mais mídia, divulgar essa questão de captação e doação. Existem famílias que nem sabiam que podia doar.” (Solidariedade)

“O enfermeiro atua de forma educativa, porque tem o papel de esclarecer o que é doação, os órgãos que podem ser doados, a idade e a dificuldade de acompanhamento e manutenção desse doador.” (Amizade)

O estudo elaborado por Silva e Silva (2017) reforça a ideia de que o fornecimento de informações no que tange à doação e transplantes de órgãos deve se iniciar desde a fase escolar até a graduação. Ao serem oferecidas essas informações precocemente, a família e sociedade se tornarão esclarecidas quanto às fases do processo. Acredita-se que a família, ao compreender e conhecer precocemente o processo de doação e sua necessidade, poderá facilitar as atividades desenvolvidas pela CIHDOTT em âmbito hospitalar.

Os autores apontam que a atuação do enfermeiro no mercado de trabalho é centrada nos estabelecimentos de internação. Tal característica denota o

significativo papel das instituições de ensino superior no que se refere às questões relacionadas ao futuro profissional em enfermagem, que, ao se ver em seu exercício profissional, se defrontará com a morte e doação de órgãos, pois são temas presentes, com maior intensidade, nos estabelecimentos de internação. Portanto o tema precisa ser debatido nessas instituições de forma a não causar o estranhamento no profissional ao se deparar com ele durante seu exercício profissional (SILVA; SILVA, 2017).

Vieira e Nogueira (2015) em seu estudo salientam que existe uma diferença considerável entre o número de pacientes que esperam na lista de transplantes e o número de doadores. Portanto se tornam imprescindíveis campanhas que incentivem a discussão em família do desejo de ser doador. Os autores acreditam que estas minimizariam problemas como a falta de doadores e até mesmo a recusa familiar em autorizar a doação.

Morais e Moraes (2012) afirmam que a divulgação e o esclarecimento são fundamentais para que a população se conscientize sobre a doação de órgãos. Destarte, os meios de comunicação têm um papel relevante nesse processo, para que seja divulgado de forma adequada, para esclarecimento da população. Por meio da educação e divulgação adequada do tema transplante e doação de órgãos, o trabalho da CIHOTT com a família se tornaria mais aprazível mediante essa tomada de consciência.

Conforme mencionado pela depoente “Amizade”, o enfermeiro deve atuar de forma educativa, no esclarecimento do processo de doação a fim de facilitar a tomada de decisão pelos familiares. Vale ressaltar que o enfermeiro não possui o papel de convencimento da população e familiares, visto que essa decisão deve acontecer de forma espontânea e voluntária pelos familiares ou pelo doador em vida. Portanto, cabe ao enfermeiro a conscientização por meio da problematização e reflexão crítica referente a essa temática.

Aguiar e Moreira (2016) afirmam que, no cotidiano da saúde, é comum o profissional buscar a “conscientização” dos familiares e pacientes não de forma crítica, mas sim como convencimento ou imposição de uma terapêutica ou decisão. Logo, faz-se importante a prática do diálogo entre os profissionais e familiares. Freire (1980) ressalta que a conscientização acontece no desenvolvimento crítico da tomada de consciência de determinado tema ou assunto, reforça a importância do diálogo nas relações.

“Ao ouvir pela primeira vez a palavra conscientização, percebi imediatamente a profundidade de seu significado, porque estou absolutamente convencido de que a educação como prática da liberdade é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade [...]. Ao nível espontâneo, o homem ao aproximar-se da realidade faz simplesmente a experiência da realidade na qual está e procura. Esta tomada de consciência não é ainda a conscientização, porque esta consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência.” (FREIRE, 1980, p.25)

O autor reforça a importância da consciência crítica desenvolvida. Torna-se imprescindível a representação dos fatos da forma em que eles se apresentam, em sua existência empírica, nas relações causais e nas circunstâncias. Assim, esse processo educativo desenvolvido pelo enfermeiro deve proporcionar a elevação do nível de consciência crítica da população frente ao tema doação e transplante de órgãos, levando à aceitação da mudança de paradigmas, por meio do diálogo e desenvolvimento da reflexão.

Freire (1996) defende ainda a importância do diálogo na educação. Trata-se do principal veículo para uma educação conscientizadora de cada pessoa, a fim de estimular o debate, a discussão e proteger a população de se posicionar de forma alienada, uma vez que o diálogo proporciona o entendimento da realidade e se torna o principal caminho para discussões vitais da nossa sociedade.

Maffesoli (1985) desperta a compreensão de que é preciso considerar que nosso conhecimento de mundo é uma mistura de rigor e poesia, de razão e paixão e de lógica e mitologia que nos permite apreender os contornos dos fatos sociais e suas manifestações. Portanto ao se propor essa forma de educação voltada para o diálogo e conscientização dos familiares, deve-se considerar a consciência coletiva de uma sociedade. O autor complementa que o “intelectual coletivo”, vinculado ao conjunto social e à universidade, concebe o entendimento em todas suas dimensões, científica, estética, ética e política. Dessa forma, estabelece uma função de compreensão que permite apreender a existência social em sua totalidade.

Outro ponto apresentado pelos enfermeiros é a assistência prestada ao paciente durante sua internação. Acredita-se que a forma como foi prestada irá influenciar a família de forma positiva ou negativa para doação.

“Dependendo do atendimento, dependendo de como foi prestada assistência, o familiar até autoriza doação.”  
(Humanização)

“A equipe de enfermagem é com quem os pacientes e seus familiares tem o maior contato durante a internação, assim as chances de uma resposta positiva são grandes.” (Carinho)

“O processo durante toda a internação, falhas que foram deixadas durante a internação, tudo isso influencia no processo, eu vejo essa dificuldade.” (Solidariedade)

O estudo realizado por Costa e colaboradores (2017) abordou os principais estressores vivenciados por familiares no processo de doação de órgãos, entre eles a insatisfação com o atendimento no momento da internação, fato esse que dificultou a tomada de decisão para doação. Logo, tendo em vista que a família avalia o atendimento prestado ao paciente, espera-se que os profissionais estejam empenhados e dedicados ao tratamento do paciente, porque, quando isso não acontece, avalia-se a assistência como inadequada, o que desperta atitudes de indignação que podem se manifestar contrárias à doação de órgãos.

Santos e Massarollo (2011) realizaram um estudo relacionado aos fatores que facilitam e dificultam a entrevista para doação de órgãos e tecidos e confirmaram que a assistência prestada ao paciente durante a internação influencia diretamente os familiares na tomada de decisão. Os autores afirmam que a assistência adequada ao potencial doador, o tratamento com honestidade e dignidade e o acolhimento oferecido aos familiares facilitam a realização da entrevista. Em contrapartida, familiares que não tiveram confiança na equipe de enfermagem ou médica, que não foram tratados de forma adequada criticam esse atendimento no momento da entrevista.

Conforme mencionado pelas participantes “Humanização” e “Carinho”, o atendimento prestado ao paciente durante a internação vai influenciar os familiares quanto à decisão para doação, pois a equipe de enfermagem é com quem os familiares têm o maior contato durante a internação. O bom relacionamento da equipe de saúde com familiares gera um clima positivo, influenciando positivamente para doação. Moraes e colaboradores (2015) ressaltam a importância da interação com a equipe de enfermagem durante a internação e que o cuidado prestado e a atenção são importantes para a tomada de decisão.

“Solidariedade” mencionou que falhas detectadas pelos familiares durante a internação dificultam o processo de doação, pois a família utiliza como forma de protesto a não doação. Lira e colaboradores (2012) observaram em seu estudo a correlação entre o atendimento recebido e a recusa para doação, a falta de prioridade no atendimento e o distanciamento na relação profissional de saúde, paciente e familiar. Destarte, a família, pelo fato de o paciente não ter recebido um atendimento acolhedor, manifesta-se contrária à doação. Os autores afirmam que,

neste contexto, ainda existe uma forte influência do modelo biomédico. Trata-se de uma assistência prestada de forma mecanizada, apenas no tratamento de doenças, não se estabelece o vínculo, a sensibilidade e o acolhimento necessários no momento de sofrimento.

Portanto, a relação do enfermeiro com os familiares durante a internação torna-se primordial para a efetivação da doação, influenciando diretamente na tomada de decisão. Uma assistência prestada com qualidade, o acolhimento aos familiares, o acesso da família à equipe multidisciplinar são fatores decisivos para a decisão pela doação.

### 4.3 ABORDAGEM SENSÍVEL

Esta categoria trata da visão dos enfermeiros relacionada à abordagem, suas percepções e vivências frente a esse momento.

A abordagem realizada com os familiares é extremamente importante, tanto para os profissionais quanto para os familiares, pois é o momento em que será consolidada a decisão favorável ou não à doação. Assim, é fundamental que o enfermeiro, durante a abordagem familiar, esteja preparado para as indagações que serão levantadas, pois os familiares devem estar esclarecidos e se sentirem à vontade para a tomada de decisão.

Corroborando com essa ideia, Fonseca e colaboradores (2014) retratam que a abordagem familiar tem como objetivo central obter o consentimento para doação, sendo um momento de alta complexidade emocional e subjetiva, já que os familiares do potencial doador reagem de diferentes formas. O enfermeiro precisa estar apto a lidar com reações positivas quando se depara com familiares esclarecidos quanto ao processo de doação e também com familiares que lidam negativamente com a morte e reagem agressivamente quando abordados.

Um estudo elaborado por Fonseca e colaboradores (2016) revelou que algumas características são necessárias para que se realize uma abordagem de qualidade, como carisma, sensibilidade, bom senso, empatia, capacidade de escuta, conhecimento teórico, além de respeito ao tempo da família, fatores esses determinantes na tomada de decisão realizada pelos familiares.

Um ponto importante apresentado pelos participantes foi o desconhecimento populacional do protocolo de morte encefálica. Familiares ainda se sentem despreparados quando abordados frente a um diagnóstico de morte encefálica.

Ressalta-se que a abordagem precoce nesses quadros facilita o trabalho realizado pela CIHDOTT.

“A abordagem da morte encefálica precisa de muita confiança com a família, quando a família é cabeça aberta com a questão da doação fica mais fácil, quando a família já está acompanhando, ela confia, aí fica mais fácil.” (Humanização)

“Como membro da CIHDOTT eu realizo a abordagem familiar, muitas vezes quando o diagnóstico é de morte encefálica, se a família já estiver bem orientada quanto ao protocolo, facilita todo o processo.” (Amizade)

“Quando se pensa em morte encefálica, quando se pensa em abrir protocolo, precisa comunicar a família, explicar o que é o protocolo, como ele vai ser feito, o que é a morte encefálica, então a CIHDOTT trabalha isso de uma maneira melhor. Quando o protocolo é fechado, nem sempre a família está pronta, mas, quando participa de tudo, é fácil para gente abordar, agora, quando a família não participa, fica um pouco mais difícil.” (Solidariedade)

A vida e a morte são dois extremos, com os quais a enfermagem se depara todos os dias. O trabalho desta, na maioria das vezes, consiste em lutar pela manutenção da vida, mas, no caso dos pacientes em morte encefálica, os profissionais lutam pela vida mesmo diante da morte, o que é representado pela doação dos órgãos e tecidos (GUIDO et al, 2009).

Um estudo realizado por Teixeira e colaboradores (2012) evidenciou que o conhecimento da população sobre o tema Morte Encefálica (ME) é limitado devido ao fato de este ser pouco estudado, divulgado e discutido. Isso ocasiona baixo grau de confiança relacionado ao diagnóstico e influencia negativamente a tomada de decisão para doação.

Corroborando com os autores, Moraes e colaboradores (2014) apontam que é de suma importância que os familiares acompanhem todo o processo de morte encefálica, não só a comunicação de conclusão do protocolo, mas todos os testes, para que seja possível evidenciar o óbito de seu ente. Assim, é necessário que a equipe seja clara e precisa nas informações compartilhadas a essa família.

A micropolítica do trabalho vivo abordada por Merhy (2002) na perspectiva da mudança institucional traz a utilização das tecnologias duras, leve-duras e leves. As duras se referem à utilização de equipamentos, materiais, normas e estruturas organizacionais; as leve-duras seriam os saberes estruturados e as tecnologias leves se justificam por produzir os processos relacionais, o relacionamento interpessoal e o estar com o outro. Diante do exposto, fica evidente a importância do

diálogo com os familiares, de explicar-lhes de forma clara e concisa todo o processo que será realizado com o potencial doador, as condutas que serão tomadas, para que seja possível a participação dos mesmos em todas as etapas do processo.

O profissional, no momento da abordagem, deve se posicionar de forma precisa e ética diante dos familiares, estar qualificado para esclarecer as dúvidas quanto ao protocolo de morte encefálica e quanto ao processo de doação, o respeito ao momento de dor dos familiares, ter a sensibilidade e prestar o apoio e atenção a essa família, independentemente da decisão para doação. Nessas circunstâncias, os familiares ainda acreditam que seu ente pode voltar à vida, portanto o profissional deve tratar esse paciente como um ser humano e não somente como doador de órgãos.

Outro ponto apresentado pelos familiares do possível doador é o desejo de manter seu corpo íntegro. Acredita-se que o corpo representa algo sagrado para os familiares. Destarte, o medo de violação, o desejo de manter o corpo íntegro no momento do velório, dificultam a decisão para doação. O estudo realizado por Lira e colaboradores (2012) retrata que os familiares possuem extrema preocupação relacionada ao corpo de seu familiar, referente à proteção, ao medo de violação, da imagem estética e à sensação de maior sofrimento do doador.

Historicamente, o respeito conferido ao corpo é uma característica de nossa sociedade, o corpo representa para os familiares a memória de uma vida que deveria ser guardada. Portanto, a violação do corpo representa desprazer àquela pessoa em seu momento de vida (ROZA et al, 2010). Cabe ao profissional a sensibilidade e a valorização desse momento do familiar, de forma a oferecer à família o acompanhamento desse corpo, por se tratar da representação pelo início do luto desses familiares, do contrário, os familiares sustentarão uma imagem negativa do processo de doação.

Foucault (1979) ressalta que o corpo é considerado como mecanismo de submissão e utilidade, por isso é imprescindível a normalização de condutas que almejam destacar o vínculo que existe entre corpo e alma associados ao saber. Para o autor, “a alma é elemento focal diretamente produzido junto ao exercício de saber/poder sobre o corpo e o corpo é superfície de inscrição para o poder, com a semiologia por instrumento; a submissão dos corpos pelo controle das ideias” (FOUCAULT, 1979, p.93). Há uma real necessidade em se preocupar com o corpo como um organismo e não mais como máquina, a fim de empreender uma luta contra a mecanização das ações, a fim de não somente quantificar o processo de

doação, mas também qualificá-lo. Trata-se não só de um corpo onde serão retirados os órgãos para doação, mas também de um ser com uma historicidade, crenças e valores que esteve em vida.

Roza e colaboradores (2010) complementam que a doação de órgãos e tecidos para transplante é um tema extremamente sensível e complexo devido ao fato de estar diretamente relacionado aos valores morais, éticos e religiosos das pessoas. Dessa forma, existe preocupação com a questão do corpo e a noção de finitude. Cabe aos profissionais um agir de forma consciente e ética, respeitando os conceitos, sentimentos e valores carregados pelos familiares. Diante do exposto, os participantes revelam que, no momento da abordagem, existe essa preocupação dos familiares com o corpo, conforme exposto:

“Durante a abordagem que realizei, pude observar a preocupação do familiar de como sua mãe ficaria e a imagem dela durante o velório.” (Carinho)

“O que eu vejo durante a abordagem é que a família tem muito medo desse paciente ficar desfigurado, ficar deformado por causa da retirada do órgão.” (Amor)

“O que a gente observa de recusa familiar hoje é porque o desejo de manter o corpo íntegro ou em casa isso às vezes era um tabu, paciente não mencionou em vida a questão da doação, acaba não havendo entrosamento entre os familiares.” (Solidariedade)

Segundo Maffesoli (1996), existe uma valorização multiforme do corpo, que remete a algo “palpável”. O autor ressalta que essa valorização é um fenômeno global e que a sociedade acredita de alguma forma em uma figura eterna. Deste modo, torna-se fundamental refletir sobre essas questões, para que se possa contribuir para uma cultura positiva relacionada à doação de órgãos, livre de tabus e estigmas relacionados ao corpo e ao indivíduo enquanto doador.

Os participantes mencionaram ainda, a falta de preparo para realização da abordagem, dizem-se inseguros para realização da entrevista diante da família, perdem um potencial doador por não ter segurança em se posicionar.

“Eu considero que, para fazer uma abordagem hoje eu não tenho preparo de chegar para família, porque eu acho que sucesso vem através da abordagem e o sucesso dessa abordagem depende da segurança e do conhecimento.” (Vínculo)

“A impressão que eu tenho é que, se eu perguntar ao enfermeiro o que ele tem que falar para família, ele vai conseguir expor, mas, quando se depara com processo de abordagem, a dúvida é de “como vou falar com a família”?

“Como chegar até essa família?” “Como eles vão me responder?” Acredito que a dúvida, o medo e o receio é esse.” (Solidariedade)

“Eu acho que a abordagem vai do que a gente imagina, assim é uma transferência da sensibilidade que a gente já tem na nossa profissão no cuidado com paciente, no bom senso das coisas que fala, eu imagino que é mais ou menos isso. Eu acho que, quando se coloca no lugar no outro, a coisa se torna menos burocrática e mais sensível e mais fácil, é a sensibilidade do momento, de tentar se imaginar na situação daquela família.” (Entrega)

Garcia e colaboradores (2015) evidenciam que a entrevista familiar é abordada com base em uma perspectiva teórico-prática e que existem aspectos significativos para a realização desta. Ressaltam que se trata de um momento imbuído de peculiaridades e complexidades. Portanto, é um momento de extrema delicadeza, considerando que a família enfrenta impacto emocional que pode gerar resistência devido à sua perda e, muitas vezes, isso a torna incapaz de tomar as decisões. Dessa forma, cabe ao profissional a habilidade para lidar com a fragilidade da ocasião que pode ser um dos impeditivos para a doação. Cabe então aos profissionais se munirem de habilidades e conhecimentos específicos para que manejem com respeito todos os aspectos que envolvem tal processo, para que se obtenha o sucesso para a doação.

A entrevista ocorre logo após a notícia do óbito, momento em que os familiares ainda se encontram desestabilizados frente ao fato. Assim, os profissionais se sentem inseguros para os abordarem neste momento. Segundo Santos e Massarollo (2011) evidenciaram que, quando a solicitação da doação foi realizada algum tempo após a notificação da morte encefálica, a taxa de consentimento familiar foi maior do que quando feita simultaneamente com a notícia da morte. Dessa forma, os familiares tornam-se mais receptivos quanto à explicação da morte encefálica, e o pedido de doação de órgãos é feito em momentos diferentes.

O estudo realizado por Fonseca e colaboradores (2016) apresentou situações difíceis vivenciadas por enfermeiros no momento da entrevista, tais como ambiente como dificultador da entrevista, abordagem sem preparo adequado e o atendimento prestado durante a internação. No que tange à abordagem sem preparo, o estudo evidenciou que a abordagem realizada no momento inadequado, sem a técnica adequada, pode causar percepções distorcidas acerca da doação por parte dos

familiares. Portanto, é necessário conhecimento teórico-prático para realização da entrevista e a escolha do momento propício para sua realização.

O momento da abordagem envolve questões complexas, o profissional necessita de conhecimento teórico-prático, sensibilidade para lidar com familiares esclarecidos ou não quanto ao processo de doação, além de condições e recursos oferecidos pela instituição para realização da abordagem com qualidade.

#### 4.4 TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO COMO NECESSIDADES DESSE FAZER

A presente categoria aborda como ocorreu a inserção dos enfermeiros na comissão, conhecimento prévio acerca da doação e transplante de órgãos e o conhecimento dos enfermeiros no que tange ao funcionamento da comissão. Durante a análise das informações, observou-se que parte dos enfermeiros inseridos na comissão não tem conhecimento sobre sua função e, por vezes, não reconhece que havia uma comissão na instituição relacionada a transplantes de órgãos, fatores esses que comprometem a realização do trabalho da comissão de forma eficaz.

No que se refere ao ingresso dos trabalhadores na CIHDOTT, evidenciou-se que alguns deles não haviam tido experiências com a doação/transplante de órgãos e seu ingresso na comissão aconteceu, na maioria das vezes, em forma de nomeação ou convocação, não sendo um desejo por parte dos enfermeiros, conforme expresso:

“Eu entrei na CIHDOTT a partir do momento que entrei em um setor fechado do hospital. Quando eu estava na unidade de internação, eu não tinha contato, apenas o fato de fazer a comunicação ao enfermeiro da CIHDOTT, quando entrei na unidade fechada foi que entrei para CIHDOTT, porque é protocolo do hospital os enfermeiros de unidade fechada fazer parte.” (vínculo)

“Eu não fui convidada para entrar na CIHDOTT, no sentido de que todos os profissionais que atuam em setor fechado são automaticamente colocados na comissão.” (Humanização)

“Trabalho na instituição há três anos e, no último ano, fui nomeado pela direção e pela coordenação como membro da CIHDOTT, e minhas funções fui descobrindo durante meus plantões com a ajuda de colegas.” (Acolhimento)

“Não é obrigatório a entrada, mas a gente acaba obrigando, porque precisa de alguns enfermeiros estratégicos em alguns plantões e alguns setores, com isso a gente acaba escolhendo junto com a supervisão algum enfermeiro para entrar na CIHDOTT.” (Solidariedade)

Mediante o exposto, infere-se que o ingresso na comissão de forma obrigatória diminui o sentimento de pertença dos profissionais nessa comissão. Segundo Kramer e Faria (2007), o fato de um indivíduo estabelecer vínculos com a organização não garante que os objetivos estabelecidos e as funções delegadas sejam cumpridos, uma vez que não se sente efetivamente identificado, pertencente e participante de uma organização ou comissão.

O estudo elaborado pelos autores evidenciou elementos primordiais para criação de vínculo de um profissional com determinada organização, tais como identificação com a organização, sentimento de pertença, cooperação nas atividades, participação nas decisões, idealização da organização, reconhecimento e valorização dos indivíduos, solidariedade, integração entre os membros, crescimento e desenvolvimento pessoal, profissional e a autonomia.

É por meio do sentimento de pertença que os indivíduos se sentem membros efetivos de uma organização, e, ao se sentirem pertencentes, desenvolvem sentimentos que se caracterizam, como, orgulho de pertencer, sentir-se membro e sentir-se responsável. Tais sentimentos levam o profissional a buscar entendimento frente ao seu papel naquele local, bem como conhecimento técnico-científico e aprimoramento contínuo para desenvolvimento de suas funções.

Corroborando com esses autores, Valle (2002) reforça que o sentimento de pertença faz com que os profissionais se sintam e ajam como participantes plenos de um grupo, organização ou comissão, sobretudo no que diz respeito aos papéis sociais, às normas e valores.

Outro ponto evidenciado relacionado ao ingresso dos participantes na comissão de forma obrigatória trata-se da falta de autonomia, uma vez que os participantes não possuem a chance de recusar tal nomeação ou convocação, fazendo com que sua autonomia seja afetada, além da existência da relação de poder exercida pela coordenação da comissão, ao fazer com que o enfermeiro ingresse na comissão de forma imposta. Segundo Fentanes e colaboradores (2011), a autonomia é o direito do indivíduo de tomar decisões livremente. Os profissionais têm buscado essa autonomia para solidificar sua *práxis*, no entanto ela se torna cada vez mais complexa, já que, envolve as relações com o outro.

O estudo realizado por Bellaguarda e colaboradores (2013) destaca que a caracterização da autonomia da enfermagem é evidenciada pela implementação de conhecimentos construídos com base em teorias e em formas específicas de sistematizar a assistência de enfermagem e por sua autorregulação. As teorias de

enfermagem têm papel fundamental nessa caracterização, visto que, instigam a reflexão sobre a prática, propiciando o domínio e a visibilidade da profissão.

Segundo Kramer e Faria (2007), a autonomia traz benefícios para os profissionais, na medida em que proporciona condições para se organizarem para o trabalho, cria um campo propício para que seja possível estabelecer vínculos com a organização, focando o seu desempenho nas políticas da organização, nos resultados e nos problemas a serem solucionados. A autonomia contribui para a identificação e o sentimento de pertença, fazendo com que o profissional se preocupe com seu crescimento e o desenvolvimento profissional e pessoal.

Conforme mencionado pela participante “Solidariedade”, obriga-se o enfermeiro a se inserir na comissão, pois há necessidade de profissionais estratégicos em determinados plantões. Assim, os enfermeiros são escolhidos pela coordenação da comissão, coordenadores das áreas assistenciais ou direção da instituição. Existe uma relação de poder exercida sobre os profissionais.

Foucault (1979) apresenta, em sua obra “Microfísica do poder”, uma visão de poder como fenômeno relacional, que ocorre no âmbito da convivência humana, nos espaços de vida social, no ambiente de trabalho ou onde se desenvolve a prática. É exercido através de saberes ou posições privilegiadas que favorecem o emprego desse poder. Os profissionais, por estarem em uma instituição privada, sentem-se controlados e sujeitos a ingressar e permanecer na comissão não por vontade própria e sim mediante essa relação estabelecida no âmbito da instituição.

Nogueira e colaboradores (2015), evidenciam que existe uma fragilidade relacionada ao conhecimento dos profissionais acerca do processo de doação e transplantes, acrescido da falta de informação sobre a existência e funcionamento das CIHDOTTs. Os autores afirmam que há necessidade de se desenvolver estudos que forneçam informações esclarecedoras sobre seu funcionamento, objetivando melhorias na compreensão por parte dos profissionais de saúde acerca da comissão e funcionamento da mesma.

Arcanjo e colaboradores (2013) complementam que o profissional atuante na CIHDOTT deve adquirir conhecimento prévio sobre o trabalho desenvolvido pela comissão, da legislação vigente e os aspectos éticos e legais relacionados ao processo de doação e transplantes, bem como habilidade de comunicação.

Devido a esse fato, observa-se pelos relatos dos participantes que não se obteve um conhecimento prévio acerca da doação e transplantes de órgãos e o

aprendizado dos trabalhadores da comissão foi adquirido por meio dos relatos de vivência dos colegas.

“Eu procuro estar por dentro das informações, treinamento eu tive (risos) com relação à burocracia dos papéis, aqueles papéis que tem que preencher, então assim o dia a dia mesmo, como a gente pode dizer, a abordagem com a família eu não recebi treinamento não.” (Entrega)

“O que acontece é que não tive treinamento, eu tive orientações de forma muito rápida e superficial, e foi uma orientação de forma verbal de como é feito quando vai a óbito.” (Vínculo)

“Acho que, no geral, é necessário mais treinamento, né? Porque tem sempre novos enfermeiros entrando no grupo e realizar mais esclarecimentos do processo, dando exemplos, reuniões e atuando juntamente com esse enfermeiro novo que está entrando na comissão.” (Simplicidade)

“Não houve alguma orientação ou treinamento para nos direcionar quanto membro da CIHDOTT, não houve qualquer treinamento para que me seja orientado quanto ao meu papel, todas minhas funções foram descobertas durante os plantões com ajuda de colegas.” (Acolhimento)

“Eu acho que o foco é realmente a capacitação técnico-científica porque isso vai fazer com que a gente consiga desenvolver esse trabalho de forma mais efetiva e aí a gente consiga realmente ter um destaque dentro de Minas Gerais.” (Amor)

Esse conhecimento prévio mencionado pelos participantes não é só de uma ciência utilitária, mas de uma compreensão da organização complexa das coisas e das pessoas, uma reflexão de sua prática com a finalidade de um objetivo a ser atingido, como a normalização das práticas. Conforme mencionado por Maffesoli (1985), é surpreendente observar que tal ciência utilitária ainda possa ser encontrada nos dias atuais entre os profissionais. Portanto, é necessária a aquisição de conhecimento técnico-científico com base na reflexão crítica, com intuito de modificar a prática, conforme a realidade daquele serviço.

O estudo realizado por Mendes e colaboradores (2012) reforça a ideia de que, no cenário brasileiro, há fragilidades no ensino acadêmico nos cursos de graduação em enfermagem sobre a abordagem dessa temática. Nesse sentido, é importante que o enfermeiro atuante nesse processo, examine continuamente sua prática, buscando conhecimentos direcionados a essa área, a fim de aprimorar o desenvolvimento de suas atividades. De acordo com os autores, os profissionais atuantes na área de transplantes podem contar com a Associação Brasileira de

Transplantes de Órgãos (ABTO), que proporciona capacitação nessa área, além das associações mundiais também voltadas para transplantes, como *International Transplant Nurses Society (ITNS)* e a *Transplant Nurses Association (TNA)*, que disponibilizam programas educativos para formação e capacitação do enfermeiro.

Conforme estabelecido pela Portaria n. 1.752 de 23 de setembro de 2005, o Coordenador da Comissão deverá ter participado do Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Transplantes com certificado emitido pelo Sistema Nacional de Transplantes ou pela CNCDO do Estado e os profissionais que realizam a entrevista familiar devem ser capacitados em conjunto com as CNCDOs.

Freire e colaboradores (2016) realizaram um estudo com 44 docentes de enfermagem em uma instituição federal de ensino, a fim de evidenciar o conhecimento destes frente ao processo de doação/transplantes de órgãos e tecidos. O estudo revelou uma titulação elevada dos participantes, a maioria com mestrado e doutorado. Com relação aos cursos, palestras e aulas ministradas sobre a temática, constatou-se que 45,5% nunca haviam participado de alguma atividade que abordasse a temática. Além disso, 95,4% dos entrevistados afirmaram que esse tema deveria ser mais abordado no ensino, ou seja, o estudo ressalta a importância de aproximar a academia da temática em questão, a fim de que os discentes adquiram conhecimento do processo de doação e transplantes para seu desenvolvimento no campo prático.

Outro estudo realizado em São Paulo, no ano de 2013, sugere a necessidade de aproximação entre a academia médica e a temática doação/transplantes de órgãos e tecidos. Nele, apenas 41,3% dos alunos de medicina estudados afirmaram ter participado de algum evento, palestra ou aula relacionados ao tema (REIS et al., 2013).

Visto que esse conhecimento adquirido durante a graduação é frágil, torna-se relevante que os enfermeiros busquem aprimoramento de seus conhecimentos nessa área, bem como que a coordenação da CIHDOTT disponibilize, incentive e direcione a capacitação desses profissionais. Os depoimentos dos profissionais afirmam a falta de preparo e conhecimento prévio quando inseridos na CIHDOTT, mas também apontam falhas na coordenação, que não oferece educação permanente relacionada ao processo de doação na instituição.

Conforme mencionado pela participante “Simplicidade”, há constantemente o ingresso de novos enfermeiros na comissão. Por isso, torna-se imprescindível que a educação permanente seja ofertada pela coordenação da comissão, de forma a

manter os enfermeiros atualizados no que tange ao conhecimento técnico-científico e às atividades desenvolvidas pela comissão. Observa-se uma falha nesse sentido relacionada à coordenação da comissão, por reduzir o trabalho desenvolvido apenas no momento do óbito de determinado paciente para realização da abordagem. É importante enfatizar para os membros que o trabalho consiste não somente nessa abordagem e sim em outras atividades, como a busca ativa, educação dos membros e da equipe de saúde da instituição, divulgação da comissão nas reuniões de serviço, desenvolvimento de treinamentos, feedback dos dados obtidos referentes aos números de doações, números de recusas, entre outros.

A participante “Vínculo” ressalta que, ao ingressar na comissão, obteve orientações rápidas e superficiais acerca dos documentos preenchidos no momento do óbito, ou seja, não há esclarecimento adequado no que se refere às atividades desenvolvidas pela comissão. A comissão possui um número significativo de participantes, porém com pouca orientação relacionada ao trabalho que será desenvolvido.

O presente depoimento corrobora com a literatura, ressaltando a necessidade do conhecimento e treinamento relativos ao processo de doação. O estudo realizado por Vieira e Nogueira (2015) evidenciou que os profissionais atuantes no processo de doação/transplantes destacaram fatores facilitadores para sua atuação, como conhecimento sobre o processo, a realização contínua de treinamentos, a relação com a equipe interdisciplinar, a colaboração das equipes assistenciais, bem como o apoio da gestão. Os autores afirmam que os treinamentos e capacitações proporcionam o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes que direcionam a prática dos profissionais e promovem o desenvolvimento teórico-prático.

Lemos (2016) ressalta a importância da educação permanente no ambiente de trabalho, por se tratar da resolução dos problemas de saúde, que acontecem naquele momento. Essa é entendida como eficaz para a proposta de resolução dos problemas do cotidiano da saúde e do trabalho, adotando assim referenciais que foquem a problematização e aprendizagem significativa com objetivo de transformação e melhoria contínua da prática.

Corroborando com o autor, Costa e colaboradores (2017) afirmam que a educação permanente em saúde é essencial, inclusive para o sucesso do programa de transplantes, pois pode contribuir para o aumento da qualidade do cuidado de potenciais doadores, melhorar a abordagem familiar, além de interferir no tempo

perdido para iniciar o protocolo de morte encefálica, e comunicação à família, o que vai influenciar diretamente na decisão familiar e efetivação da doação.

O estudo realizado por Moraes e Moraes (2012) elencou estratégias para o incentivo à doação de órgãos. Uma delas é a educação para profissionais relacionada ao processo de doação e transplantes de órgãos. Os autores ressaltaram a educação como forma de incentivo à doação, não só da população, como também dos profissionais, para o refinamento técnico dos mesmos e melhora dos índices de notificação e captação de órgãos.

De acordo com a Portaria n. 1262 de 16 de junho de 2006, os membros da CIHDOTT devem responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição, no que tange aos aspectos de doação e transplantes de órgãos e tecidos. Estabelece como uma de suas atribuições responsabilizarem-se pela educação em saúde dos funcionários da instituição, familiares e comunidade sobre aspectos de doação e transplante de órgãos e tecidos, para que seja possível contribuir para a transformação e qualificação das práticas de saúde (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a educação da equipe multiprofissional de saúde e da população é fundamental, pois contribui significativamente para o sucesso dos programas de transplantes, mudanças de paradigmas, além de fortalecer a participação de todos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante (MORAES et al., 2014).

Outro ponto apresentando pelos profissionais é o desconhecimento acerca da existência da CIHDOTT na instituição e do trabalho desenvolvido pelos profissionais.

“Faz quatro anos que eu estou no hospital e é recente ouvir falar de CIHDOTT dentro da instituição, quando eu entrei no hospital, até começar a se falar em CIHDOTT eu desconhecia o que é CIHDOTT, desconhecia o trabalho, então eu acho que tem muitos colegas que também não sabiam.” (Vínculo)

“Eu acho que a CIHDOTT ainda precisa de uma divulgação em todas as reuniões ou panfletos explicativos para “abrir a cabeça” não só dos profissionais, mas geral, para conhecer realmente o processo de doação.” (Humanização)

“Eu acho que a CIHDOTT ainda precisa crescer muito, precisa ser uma CIHDOTT ativa e forte. Quando se fala de CIHDOTT, a maioria dos profissionais dentro da enfermagem não entende, não sabe o cotidiano, o que o enfermeiro faz e qual a função. [...] A CIHDOTT precisa ter uma importância na sociedade, eu acho que é função do enfermeiro realmente evoluir e fazer com que a CIHDOTT evolua, mostrar a importância do trabalho da

CIHDOTT, mostrar a importância que o enfermeiro tem dentro desse processo de captação de órgãos.” (Amor)

Tais relatos corroboram com a literatura, Nogueira e colaboradores (2015) evidenciaram que os profissionais inseridos nas instituições não possuem conhecimento acerca do funcionamento e existência das CIHDOTTs. Isso pode contribuir significativamente para o baixo nível de captação de órgãos e tecidos no cenário nacional e, tendo em vista essa necessidade, é imprescindível o desenvolvimento de estudos que visem ao esclarecimento acerca do funcionamento das CIHDOTTs e seu papel no processo de doação.

Esses autores apontaram estratégias empregadas pelas CIHDOTTs para minimizar essas dificuldades, como a oferta de capacitação aos profissionais por meio de congressos patrocinados pela instituição, acompanhamento de perto e treinamento desses profissionais realizados pela coordenação da comissão, desenvolvimento de cartilha informativa para divulgação da CIHDOTT nas instituições, a fim de que seja possível visualizar o trabalho desenvolvido pela comissão e sensibilizar os profissionais acerca desse trabalho (NOGUEIRA et al., 2015).

É importante ressaltar que há um desconhecimento acerca da CIHDOTT não só dos profissionais como também da sociedade, conforme apresentando por Arcanjo e colaboradores (2013). A maior parte da população recebe informações acerca da doação, transplante por meio da mídia, e pouco se fala sobre o tema entre amigos, familiares e profissionais de saúde. Independentemente do meio de divulgação, é importante visualizar a qualidade da informação fornecida. A população bem informada é capaz de promover discussão adequada acerca da doação, configurando a promoção desse processo.

Conforme mencionado pelo participante “Amor”, existe uma real necessidade de que a CIHDOTT da instituição torne-se visível, ativa e forte, a fim de que seja evidenciada sua real importância. Vieira e Nogueira (2015) afirmam que a CIHDOTT em sua atuação em âmbito hospitalar permite o direcionamento para detecção precoce dos potenciais doadores, planejamento das entrevistas com os familiares. Suas ações são pautadas na detecção e viabilização de potenciais doadores, acolhimento das famílias e promoção de um processo educativo frente ao trabalho desenvolvido e, quando tais atividades são realizadas de forma eficaz, há possibilidade de reconhecimento e visibilidade da comissão.

A presente categoria elencou pontos extremamente importantes para o trabalho desenvolvido pela comissão, como treinamento e capacitação, educação permanente, orientação quanto ao trabalho e atividades desenvolvidas pela comissão, divulgação da comissão para os profissionais da instituição. Observa-se que existe a real necessidade de se investir na comissão a fim de que essas dificuldades sejam sanadas e o trabalho seja desenvolvido com a devida qualidade. Acredita-se que uma divulgação adequada do trabalho desenvolvido pela comissão, dos objetivos e dos resultados que são esperados de uma CIHDOTT atuante possa desenvolver o interesse dos enfermeiros para o tema, estimule a procura de capacitação na área e o ingresso aconteça não mais de forma obrigatória e sim por iniciativa dos próprios profissionais.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação teve como objetivo compreender o cotidiano vivido dos enfermeiros da CIHDOTT em uma instituição privada da Zona da Mata Mineira. Ressalta-se que, muito além da rotina do processo de trabalho, realizou-se a compreensão, por um viés sensível, das percepções, dificuldades e fragilidades inerentes ao processo de doação e transplantes de órgãos vivenciadas pelos enfermeiros da comissão. Fez-se relevante discutir essa temática para tornar visíveis as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros da comissão, de forma a divulgar esse trabalho, viabilizando a sensibilização, a informação e os caminhos seguidos para a captação, doação e transplante de órgãos realizados na instituição, oferecendo subsídios aos profissionais de saúde que vivenciam essa realidade, sinalizando estratégias para aperfeiçoar o desenvolvimento da prática, bem como do processo de obtenção de órgãos e tecidos para transplante em diferentes instituições, nortear as práticas de ensino e assistência direcionadas a essa área e incentivar a aplicação de investimentos pelas instituições.

No primeiro capítulo, referente à análise dos depoimentos, foi descrito a percepção dos entrevistados relativa ao ser enfermeiro da comissão. O cotidiano da doação é permeado por sentimentos diversos, alguns membros reconheceram a importância do seu papel e acreditaram estar contribuindo de forma significativa para viabilizar o processo de doação, compreenderam sua atuação através da ajuda e do auxílio profissional ao próximo, ressaltaram ainda sentimentos como solidariedade, gratidão e a importância da atitude empática frente a esse momento.

Observou-se que alguns integrantes se encontram envolvidos e comprometidos com as atividades desenvolvidas pela comissão, demonstraram sensibilidade por estarem desenvolvendo esse trabalho e acreditam que tal prática contribui para que se tornem melhores seres no mundo, além de aptos para doação por estarem inseridos neste cenário.

Entre as dificuldades enfrentadas pela comissão, salientam-se a falta de valorização. Os enfermeiros não visualizam o reconhecimento por estarem inseridos na comissão, levando à desmotivação no desenvolvimento de suas atividades. Outro ponto apresentado trata-se da falta de rotina de trabalho, uma vez que não há uma rotina específica definida para os membros, o trabalho se desenvolve no decorrer do plantão de forma simultânea às suas atividades diárias. Observa-se uma sobrecarga dos enfermeiros, fazendo com que as atividades desenvolvidas pela comissão se

tornem mais uma tarefa agregada ao dia a dia do enfermeiro, em decorrência disso, opta-se por deixá-la em segundo plano.

De acordo com os depoimentos analisados, pôde-se perceber que a desinformação das famílias acerca do tema doação e transplantes, a morte descrita como tabu, o desejo de manter o corpo íntegro, sem violação, o medo da desfiguração durante o velório, além da falta de interação dos enfermeiros com esses familiares e a assistência prestada de forma inadequada durante a internação foram apresentados pelos participantes como fatores que inefetivam a doação e dificultam o trabalho desenvolvido pelos membros da comissão. De acordo com os profissionais entrevistados, os familiares associam a assistência prestada à decisão pela doação, alguns fatores como o distanciamento da equipe para com essa família, a falta de informação e esclarecimentos resultam em um descontentamento com a equipe de saúde, culminando na não doação.

Outro ponto apresentado pelos participantes relacionado aos familiares trata-se do desconhecimento e a descrença da população frente ao protocolo de morte encefálica. Portanto, torna-se relevante, além de ser direito dos familiares, o acompanhamento de todo o protocolo, desde sua abertura ao fechamento, culminando assim na confiança no profissional que realizou o protocolo e a certeza do óbito de seu ente.

Os enfermeiros mencionaram suas vivências e percepções relacionadas ao momento da abordagem, observou-se a falta de preparo para realização da abordagem, pois esses relataram que se sentem inseguros nesse momento devido à falta de conhecimento teórico-prático que é aspecto significativo e essencial para uma abordagem de qualidade. Compreendeu-se que existem questões pontuais que dificultam esse momento, além do conhecimento necessário aos profissionais, local inadequado, privacidade dos familiares para tomada de decisão e acompanhamento da coordenação nas abordagens iniciais. Assim, a instituição necessita prover condições para realização dessa atividade.

Compreendeu-se que a falta de treinamento e capacitação é o maior dificultador para o desenvolvimento de suas atividades na comissão, além da inserção de forma obrigatória e desconhecimento dos profissionais quanto ao trabalho desenvolvido pela CIHDOTT. A inserção de forma obrigatória diminui o sentimento de pertença e autonomia desses profissionais. Um dos itens conflitantes é a relação hierárquica de poder estabelecida entre a coordenação e os profissionais inseridos na comissão que, conseqüentemente, ocasiona a insatisfação e

desmotivação dos profissionais, acarretando o desinteresse deles na busca por conhecimento referente ao processo de doação. Destarte, o trabalho passa a ser desenvolvido sem a devida qualidade.

No cenário brasileiro, as instituições de ensino superior em sua maioria, demonstram fragilidades ao abordarem a temática de doação/transplantes de órgãos no ensino, muitas vezes não há disciplinas específicas que abordam essa temática nas grades curriculares, o que gera déficit no conhecimento dos discentes. Nesse sentido, esse tema deveria ser abordado na graduação, com o intuito de aproximar a academia com a temática em questão, favorecendo a aquisição desses conhecimentos pelos discentes para seu desenvolvimento no campo prático.

Mediante os relatos dos participantes, observou-se que o trabalho é baseado na realização da abordagem no momento do óbito do potencial doador, não são enfatizadas as inúmeras atividades que podem ser desenvolvidas pelos membros. Entende-se que há necessidade de se aplicar intervenções para minimizar essas dificuldades enfrentadas pelos membros da comissão, a exemplo da necessidade de educação permanente para os membros e para os novos enfermeiros que ingressam na comissão, do incentivo à busca ativa de potenciais doadores, sensibilização dos profissionais da instituição, divulgação da comissão e da temática “doação e transplantes de órgãos”, além do investimento por parte da instituição em educação e pesquisa.

Acredita-se que tais estratégias possam incentivar o desenvolvimento das atividades da comissão, o ingresso de novos membros de forma espontânea e a visibilidade para a comissão, levando a uma cultura positiva relacionada a doação e transplante de órgãos.

A pesquisa motivou reflexões sobre a necessidade de reestruturação da comissão na instituição, a partir da percepção e olhar dos enfermeiros atuantes. É imprescindível rever o número de enfermeiros inseridos, instituir o delineamento das atividades desenvolvidas e sinalizar para necessidade de discussões acerca da prática desenvolvida pelos enfermeiros da CIHDOTT, com o objetivo de promover melhorias no processo de abordagem do familiar, busca ativa de potenciais doadores, acompanhamento do protocolo de morte encefálica e desenvolvimento de educação permanente voltada para essa temática.

Neste contexto, observa-se a necessidade de equipe multiprofissional capacitada, família sensibilizada frente ao processo, conhecimento teórico-prático e a disponibilização de recursos físicos e materiais adequados para realização com

qualidade das atividades inerentes à comissão. A ausência desses elementos para a operacionalização do processo é uma barreira para efetivação da doação.

O intuito da pesquisa, além da publicação, apresentação e divulgação dos resultados em congressos, é apresentar à instituição os resultados obtidos durante a investigação, elencando as dificuldades apresentadas pelos profissionais, a fim de que a equipe multiprofissional, frente a esses resultados, possa desenvolver estratégias que visem à melhoria do processo de acordo com a realidade do serviço.

Faz-se necessário então que mais evidências sobre a temática em questão sejam desenvolvidas, através de estudos relacionados à atividade do enfermeiro atuante na comissão em diferentes instituições, para que seja viável detectar eventuais fragilidades que inefetivam as doações, a fim de instrumentalizar os profissionais para desenvolvimento das melhores práticas relacionadas à doação e transplante de órgãos nas comissões.

É pertinente salientar como aspecto limitante deste estudo o fato de envolver apenas um contexto social, não sendo possível universalizar seus resultados. Entretanto, sua importância está em tornar visíveis as atividades dos enfermeiros na comissão, possibilitando a compreensão do significado de suas ações em seu cotidiano de trabalho na Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

## 6 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). **Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição, 2017**. Disponível em: < <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

AGUIAR, Fernando; MOEIRA, Janine. Educação permanente em saúde: a problemática da doação de órgãos. **Rev. Ens. Educ. Cienc. Human**, v 17, n 2, p. 153-163 2016.

ARCANJO, Rafaela Alves; OLIVEIRA, Lilian Candiá; SILVA, Delma Dias. Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Rev Bioética**, v 21, n 1, p. 119-125 2013.

ASSIS, Francisco Neto. **Dez Anos de Transplante Sob a Lei da Vida. Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos – ADOTE**. Disponível em: <<http://www.adote.org.br>>. Acesso em: 10 abril. 2008.

AVILA, Liziani Iturriet et al. Implicações na visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Rev Gaúcha Enferm**, v 34, n 3, p. 102-109 2013.

BELLAGUARDA, Maria Lígia et al. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. **Esc Anna Nery**, v.17, n 2, p. 369-374 2013.

BERNARDES, Ana Rita Barreto; ALMEIDA, Clayton Gonçalves. Estudo do perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/MG. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, v.8, n 2, p. 45-48 2015.

BRANDALISE, Marina; PAGNUSSAT, Natália. Panorama sobre os transplantes de órgãos no Brasil e fatores associados à baixa adesão à prática. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, v.8, n 2, p. 50-55 2015.

BONFADINI, Gustavo et al. Doação e fila de transplante de córnea no Estado do Rio de Janeiro. **Rev Bras Oftalmol**, v 73, n 4, p. 237-242 2014.

BIANCHI, Estela Regina Ferraz; CINQUE, Valdir Moreira. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev Esc Enferm USP**, v 44, n 4, p. 996-1002 2010.

BRASIL. **Lei 9.434 de 04 de fevereiro de 1997**. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº, 2.268 de 30 de junho de 1997**. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.211 de 23 de março de 2001.** Altera dispositivos da lei 9.434 que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº, 92GM de 23 de janeiro de 2001.** Resolve estabelecer os procedimentos destinados a remunerar as atividades de Busca Ativa de doador de órgãos e tecidos, mantendo na Tabela do SIH-SUS os Grupos de Procedimentos e procedimentos. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº, 1.754GM 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. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº, 1.262GM 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). Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº, 2.600GM de 21 de outubro de 2009.** Aprova regulamento técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. **Resolução CNS Nº 466,** de 12 de dezembro de 2012. Estabelece Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-292/2004.** Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e tecidos.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM-1489/1997.** Compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para diagnóstico de morte encefálica.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM-1826/2007.** 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.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM-2173/2017.** Define os critérios de diagnóstico de morte encefálica.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 9-100.

CICOLO, Emília Aparecida; ROZA, Bartira de Aguiar; SCHIRMER, Janine. Doação e transplantes de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v 63, n 2, p. 274-278 2010.

COSTA, Carlane Rodrigues; COSTA, Luana Pereira; AGUIAR, Nicololy. A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. **Revista Bioética**, v 24, n 2, p. 368-373 2016.

COSTA, Israel Ferreira et al. Fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos: percepção de enfermeiros. **Revista Bioética**, v 25, n 1, p. 130-137 2017.

- DALBEM, Giana Garcia; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. Doação de órgãos e tecidos para transplantes: recusa das famílias. **Texto e Contexto Enferm**, v 19, n 4, p. 728-735 2010.
- DA NÓBREGA, Juliana Fernandes et al. A sociologia compreensiva de Michel Maffesoli: implicações para a pesquisa em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 2, 2012.
- FENTANES, Luciana Ribeiro Costa; HERMANN, Ana Paula; CHAMMA, Rita de Cássia; LACERDA, Maria Ribeiro. Autonomia profissional do enfermeiro: revisão integrativa. **Cogitare Enferm**, v 16, n 3, p. 530-535 2011.
- FERREIRA, Isabelle Ramalho et al. Doação e transplante de órgãos na concepção bioética: uma revisão integrativa. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v 13, n 1, p. 190-203 2015.
- FERREIRA, Gisele da Cruz et al. Captação de órgãos e o binômio familiares/corpo: instrumentos para subsidiar a abordagem do enfermeiro. **Revista da Rede de enfermagem do Nordeste**, v 14, n 2, p. 405-416 2013.
- FONSECA, Paula Nunes; TAVARES, Claudia Mara de Melo. O manejo das emoções dos coordenadores em transplantes na realização da entrevista familiar para doação de órgãos. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Ed Esp, n 2, p. 39-44 2014.
- FONSECA, Paula Isabella Marujo Nunes; TAVARES, Cláudia Mara de Melo. O preparo emocional dos profissionais de saúde na entrevista familiar: estudo hermenêutica. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v 13, n 4, p. 496-506 2014.
- FONSECA, Paula Isabella Marujo Nunes et al. Entrevista familiar para doação de órgãos: conhecimentos necessários segundo coordenadores em transplante. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v 8, n 1, p. 3979-3990 2016.
- FONSECA, Rosângela de Oliveira et al. A vivência da família no processo de recepção do transplante de órgãos. **Rev enferm UFPE online**, v 10, n 7, p. 2774-2777 2016.
- FONSECA, Paula; TAVARES, Claudia; SILVA, Thiago; NASCIMENTO. Situações difíceis e seu manejo na entrevista para doação de órgãos. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Ed Esp, n 4, p. 69-76 2016.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 1. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p.296. Tradução Roberto Machado.
- FREIRE, Paulo. **Conscientização**, São Paulo: Moraes, 1980, p.25.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática docente**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996, p.90.
- FREIRE, Gabriel Sarah et al. Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. **Esc Anna Nery**, v 16, n 4, p. 761-766 2012.

FREIRE, Izaura Luzia Silverio et al. Aceitação e conhecimento de docentes de enfermagem sobre a doação de órgãos e tecido. **Rev enferm UERJ**, v 24, n 1, p. 155-161 2016.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR MINAS GERAIS. **Complexo MG Transplantes**. 2017. Disponível em: < <http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/complexo-mg-transplante>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

GARCIA, Clotilde Druck; PEREIRA, Japão Drose; GARCIA, Valter Duro. **Doação e transplante de órgãos e tecidos**. 1. ed. São Paulo: Segmento Fama, 2015, p. 22-561.

GUIDO, Laura de Azevedo et al. Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. **Rev Latino-am Enfermagem**, v 17, n 6, p. 12-16 2009.

JUNIOR, José Eduardo Afonso et al. Transplante Pulmonar. **Einstein**, v 13, n 2, p. 297-204 2015.

KRAMER, Gustavo Garcez; FARIA, José Henrique. Vínculos Organizacionais. **RAP**, v 41, n 1, p. 83-104 2007.

LAGE, Candice Ellen Barbalho; ALVES, Marcelo da Silva. (DES) Valorização da enfermagem: implicações no cotidiano do enfermeiro. **Enferm Foco**, v 7, n 3/4, p. 12-16 2016.

LEMO, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência e Saúde Coletiva**, v 21, n 3, p. 913-922 2016.

LIMA, Roberta et al. A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso. **Rev Min Enferm**, v 36, n 1 p. 27-33 2017.

LIMA, Adriana Aparecida de Faria. Doação de órgãos para transplantes: conflitos éticos na percepção do profissional. **Revista Mineira de Enferm - REME**, v 21, n 1040 p. 1-4 2017.

LIRA, Gerlene Grudka et al. Ponderações de familiares sobre a decisão de recusar a doação de órgãos. **Acta Paul Enferm**, v 25, n 2, p. 140-145 2012.

LUDWIG, Érika Fernanda dos Santos Bezerra et al. Protótipo de escala informatizada para busca ativa de potenciais doadores de órgãos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v 25, n 12, p. 25-30 2017.

MAFFESOLI, Michel. **O conhecimento comum: introdução a sociologia compreensiva**. 1. ed. Porto Alegre: Sulina, 1985. p.9-261. Tradução de Aluizio Ramos Trinta.

\_\_\_\_\_. **No fundo das aparências**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1996. p.9-350. Tradução de Bertha Hlpem Gurovitz.OLLO

\_\_\_\_\_. **Elogio da razão sensível**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p.9-187. Tradução de Albert Christophe Migueis Stuckenbruck

- MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 192.
- MAGALHÃES, Aline Lima et al. Segurança do paciente no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos. **Cogitare Enferm**, v 22, n 2, p. 1-4 2017.
- MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza; ALMEIDA, Vivian Vicente. Efetividade, produtividade e capacidade da realização de transplantes de órgãos nos estados brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**, v 27, n 8, p. 1560-1568 2011.
- MENDES, Karina Dal Sasso et al. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto e Contexto Enferm**, v 21, n 4, p. 945-953 2012.
- MEDEIROS, Luciana Antonieta; LUSTOSA, Maria Alice. A difícil tarefa de falar sobre a morte no hospital. **Rev da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v 14, n 2, p. 203-227 2011.
- MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12a ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 12-269.
- MORAES, Edvaldo Leal et al. Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev.Latino-Am.Enfermagem**, v 22, n 2, p. 226-233 2014.
- MORAES, Edvaldo Leal et al. Experiências e expectativas de enfermeiros no cuidado ao doador de órgãos e à sua família. **Rev Enferm USP**, v 49, n 2, p. 129-135 2015.
- MORAIS, Taise Ribeiro; MORAIS, Maricelma Ribeiro. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. **Saúde em Debate**, v 36, n 95, p. 633-639 2012.
- NEGREIROS, Francisca Diana da Silva et al. Captação do fígado do doador para o transplante: Uma proposta de protocolo para o enfermeiro. **Esc Anna Nery**, v 20, n 1, p. 38-47 2016.
- NOGUEIRA, Maicon de Araújo et al. Vivência das comissões intra-hospitalares de doação de órgãos/tecidos para transplante. **Revista Científica de Enfermagem**, v 5, n 14, p. 5-11 2015.
- PATERSON, Josephine; ZDERAD, Loretta. **Humanistic nursing (Meta-theoretical Essays on Practice)**. 2. ed. New York: National League for Nursing; 1988, p.210.
- PEREIRA, W.A. História dos Transplantes. In: PEREIRA, W.A. **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- PUSCHEL, Vilanice Alves de Araújo et al. O enfermeiro no mercado de trabalho: inserção, competências e habilidades. **Revista Bras Enferm [internet]**, v 70, n 16, p. 1288-1295 2017.
- REIS, Flávio Pola; GOMES, Bruno Henrique Pinto; PIMENTA, Lucas Lopes; ETZEL, Arnaldo. Morte encefálica e transplante de órgãos e tecidos: o entendimento dos alunos do curso de medicina. **Rev Bras Ter Intensiva**, v 25, n 4, p. 279-283 2013.

ROSÁRIO, Elza Nascimento et al. Recusa familiar diante de um potencial doador de órgãos. **Cad. Saúde Coletiva**, v 21, n 3, p. 260-266 2013.

ROZA, Bartira de Aguiar et al. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. **Acta Paul Enferm**, v 23, n 3, p. 417-422 2010.

SÁ, Amanda Silva et al. Necessidades de informação do cuidador familiar de candidatos ao transplante de fígado. **Rev Gaúcha Enferm**, v 37, n 1, p. 1-8 2016.

SANTOS, Marcelo José; MASSAROLLO, Maria Cristina. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Acta Paul Enferm**, v 24, n 4, p. 472-478 2011.

SILVA, Alexandro das Mercês; SILVA, Maria Júlia Paes. A preparação do Graduando para abordar o tema morte e doação de órgãos. **Rev. Enferm, UERJ**, v 15, n 4, p. 549-554 2017.

SILVA, Paulo Rodrigues. Transplante cardíaco e pulmonar: 100 anos de história e 40 anos de existência. **Revista da Rede de enfermagem do Nordeste**, v 23, n 1, p. 145-152 2008.

SILVA, Sandra Siqueira. A modernidade e a pós-modernidade. Uma leitura de Michel Maffesoli e Anthony Giddens. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção** v. 10, n. 29, p.372-377 2011.

SILVA, Rosiane Mendes et al. Humanização na assistência em transplante de medula óssea: a percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm, UFPE on line**, v 9, n 6, p. 261-269 2015.

SILVA, Vanessa Silva, et al. Projeto de coordenação intra-hospitalar para doação de órgãos e tecidos: responsabilidade social e resultados promissores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v 27, n 4, p. 49-72 2016

SOUZA, Antônio Tiago da Silva et al. Atuação do enfermeiro no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa. **Rev Interdisciplinar**, v 7, n 3, p. 138-148 2014.

SPINDOLA, Thelma. A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões. **Rev. Esc.Enf.USP**, v 31, n 3, p. 403-409 1997.

SPRANDEL, Lucila Isabel Schwertner; VAGHETTI, Helena Heidtmann. Valorização e motivação de enfermeiros na perspectiva da humanização do trabalho nos hospitais. **Revista Eletrônica de Enfermagem - UFG**, v 14, n 4, p. 794-802 2012.

TEIXEIRA, Renan Cleber; GONÇALVES, Thiago Barbosa; SILVA, José Antônio. A intenção de doar órgãos é influenciada pelo conhecimento populacional sobre morte encefálica? **Rev Bras Ter Intensiva**, v 24, n 3, p. 258-262 2012.

VALLE, Edênio. Conversão: da noção teórica ao instrumento de pesquisa. **Revista de estudos da religião**, v 2, n 2, p. 51-73 2002.

VIEIRA, Milene Souza; NOGUEIRA, Lídy Tolstenko. O processo de trabalho no contexto da doação de órgãos e tecidos. **Rev enferm UERJ**, v 23, n 6, p. 825-831 2015.

## APÊNDICE I



**Universidade Federal de Juiz de Fora**  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* - Mestrado em Enfermagem

<b>“O PENSADO E O VIVIDO NO COTIDIANO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES: COM A PALAVRA, OS ENFERMEIROS.”</b>
<b>Pesquisadora Responsável: Enfermeira Tatiane Ribeiro</b>
<b>Orientador Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves.</b>
<b>Data: ___ / ___ / 2017</b>
<b>Codinome escolhido:</b>
<b>Iniciais:</b>
<b>Sexo: F ( ) M ( ) Outros ( )</b>
<b>Idade:</b>
<b>Possui Especialização na área de transplantes?</b>
<b>Há quanto tempo você atua na instituição como membro da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT)?</b>
<b>1) Fale sobre seu dia a dia como membro CIHDOTT?</b>
<b>2) O que significa para você ser membro da CIHDOTT?</b>
<b>3) Como você realiza a abordagem familiar?</b>
<b>4) Como você compreende o cotidiano do enfermeiro como membro da CIHDOTT?</b>

## ANEXO I



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF  
 36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“O pensado e o vivido no cotidiano da comissão intra-hospitalar de doação e órgãos e tecidos para transplantes: com a palavra os enfermeiros”**. Nesta pesquisa, pretendemos abordar o cotidiano do enfermeiro no processo de doação de órgãos, abordagem familiar, identificação do potencial doador e finalização de todo processo. O motivo que nos leva a estudar o tema proposto, justifica-se por buscar melhorar a prática no processo de doação a fim de esclarecer aos enfermeiros e à comunidade tal processo, possibilitando assim novos estudos relacionados ao tema doação de órgãos. Sua participação na pesquisa acontecerá através de **entrevistas** agendadas em dias em horários em que você possa participar, para colher suas informações, as entrevistas realizadas **serão gravadas em um aparelho MP3**, apenas o áudio será gravado, não haverá gravação de vídeos. A entrevista acontecerá por meio de uma conversa, na qual irei fazer algumas perguntas. Após o fim da coleta de informações as entrevistas serão digitadas exatamente de acordo com a sua fala. Em seguida, a pesquisadora fará as leituras e a interpretação dos depoimentos. Esta pesquisa apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, ler, escrever etc. O método e a técnica a serem utilizados durante a coleta das informações não empregarão nenhum risco a sua saúde física ou mental, não haverá nenhum procedimento ou intervenção biológica ou psicológica. A pesquisa contribuirá para o aprimoramento do processo de doação, a fim de minimizar a recusa familiar e explicitar como os enfermeiros têm enfrentado o processo desta doação em seu cotidiano, para contribuir com o aprimoramento destas práticas, ampliar a produção científica e reflexões sobre tema. Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, ou seja, **não receberá nenhuma forma de pagamento pela sua participação**, não havendo ressarcimento, pois não haverá gastos adicionais. Embora os riscos sejam mínimos, caso venha a contrair danos em decorrência da pesquisa e podendo ser comprovado, **será indenizada pela pesquisadora responsável**. Você poderá tirar dúvidas sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e **estará livre para participar ou não participar**. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. **A sua participação é voluntária**, ou seja, de livre e espontânea vontade, e a recusa em participar não trará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. **Você não será identificado(a)** em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, ou seja, o seu nome não aparecerá na pesquisa, para fazer a sua identificação, serão utilizados codinomes relacionados ao processo de doação. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será entregue a você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“O pensado e o vivido no cotidiano da comissão intra-hospitalar de doação e órgãos e tecidos para transplantes: com a palavra os enfermeiros”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que **concordo em participar**. Recebi **uma via original deste termo de consentimento** livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de **ler e esclarecer as minhas dúvidas**.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura pesquisador

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

<p><b>CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos-UFJF</b> Campus Universitário da UFJF Pró-Reitoria de Pesquisa CEP: 36036-900 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: <a href="mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br">cep.propesq@ufjf.edu.br</a></p>	<p><b>Orientador: Marcelo da Silva Alves</b> Endereço: Bairro São Pedro Rua: Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário CEP: 36036-900 – Juiz de Fora - MG Fone: (32) 21023911 E-mail: enfermar@oi.com.br</p>	<p><b>Nome da Pesquisadora Responsável: Tatiane Ribeiro da Silva</b> Endereço: Bairro São Pedro Rua: Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário CEP: 36036-900 – Juiz de Fora – MG Fone: (32) 21023911 E-mail: tatyanejf@hotmail.com</p>
--	---	--

**ANEXO II**

## DECLARAÇÃO

Eu Flávio José Barbosa Leite, na qualidade de Responsável Técnico pelo Hospital e Maternidade Monte Sinai, autorizo a realização de a pesquisa intitulada "O Cotidiano do Enfermeiro Frente ao Processo de Doação de Órgão" ser conduzida sob responsabilidade do pesquisador Enfermeira Tatiane Ribeiro da Silva, sob Orientação do Prof. DR. Marcelo da Silva Alves; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 08 de Novembro de 2016.

*Dr. Flávio José Barbosa Leite*  
**Dr. Flávio José Barbosa Leite**  
**Diretor Técnico**  
**CRM - MG 11700**



**MONTE SINAI**  
**HOSPITAL E**  
**MATERNIDADE**  
Rua Vicente Beghelli, 315  
Dom Bosco - CEP 36025-550  
Juiz de Fora - MG

INSTITUTO DE CLÍNICAS E CIRURGIA DE JUIZ DE FORA LTDA.  
Rua Vicente Beghelli, 315 - Dom Bosco - CEP 36025-550 - Juiz de Fora - MG  
Fone/Fax: (32) 2104-4000 / 4455 - 3239-4000 / 4455  
**C.N.P.J. 25.415.993/0001-93**



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O Cotidiano do enfermeiro frente ao processo de doação de órgãos.

**Pesquisador:** TATIANE RIBEIRO DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 63257316.9.0000.5147

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.945.935

#### **Apresentação do Projeto:**

Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e estão adequadamente descritos, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referencias bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa,além de mostra que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo CEP. O orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro.



Continuação do Parecer: 1.946.935

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 468/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Dezembro de 2018.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 468/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.



Continuação do Parecer: 1.945.935

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_840389.pdf	19/12/2016 16:31:42		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	09/12/2016 21:22:19	TATIANE RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Outros	instrumento.pdf	08/12/2016 21:19:08	TATIANE RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	08/12/2016 21:14:09	TATIANE RIBEIRO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/12/2016 21:10:21	TATIANE RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	img001.pdf	08/12/2016 21:02:49	TATIANE RIBEIRO DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 02 de Março de 2017

---

Assinado por:  
Vânia Lúcia Silva  
(Coordenador)