FERNANDO TOLFO

TRABALHO DO ENFERMEIRO NA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE NA REGIÃO SUL DO BRASIL À LUZ DO PENSAMENTO ECOSSISTÊMICO

Rio Grande/ RS
2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TRABALHO DO ENFERMEIRO NA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE NA REGIÃO SUL DO BRASIL À LUZ DO PENSAMENTO ECOSSISTÊMICO

FERNANDO TOLFO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientadora: Profª. Drª. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

Rio Grande/ RS
2020

Ficha Catalográfica

T649t Tolfo, Fernando.
Trabalho do enfermeiro na comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante na região sul do Brasil à luz do pensamento ecossistêmico / Fernando Tolfo. – 2020.
264 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2020.
Orientadora: Dra. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira.

1. Enfermeiro e Enfermeira 2. Trabalho 3. Obtenção de Órgãos e Tecidos 4. Doador 5. Transplante 6. Morte Encefálica I. Siqueira, Hedi Crecencia Heckler de II. Título.

CDU 616-089.843

Catalogação na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

FERNANDO TOLFO

TRABALHO DO ENFERMEIRO NA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARATRANSPLANTE À LUZ DO PENSAMENTO ECOSSISTÊMICO

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutor em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 07 de julho de 2020, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Mara Regina dos Santos Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira – (Presidente)
Universidade Federal do Rio Grande – FURG – Brasil

Prof. Dr. José Luis Guedes dos Santos
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Brasil

Profª Drª Marta Regina Cezar-Vaz
Universidade Federal do Rio Grande – FURG – Brasil

Profª Dra. Rosemary Silva da Silveira
Universidade Federal do Rio Grande – FURG – Brasil

Profª Drª. Diana Cecagno
Universidade Federal de Pelotas - UFPEL – Brasil

Profª Dra. Janaína Sena Castanheira
Universidade Federal do Rio Grande – FURG – Brasil

Profª Drª. Simone Nunes
Hospital Universitário de Santa Maria – Universidade F. de Santa Maria (UFSM) - Brasil

Drª. Adriane Calvetti Medeiros
Hospital Escola de Pelotas – Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) – Brasil

Rio Grande, 07 de julho de 2020.

Pensamento

"Tudo que acontece no universo tem uma razão de ser, um objetivo. E nós como seres humanos, temos uma só lição na vida: seguir em frente e ter a certeza de que apesar das vezes estar no escuro, o sol vai voltar a brilhar."

Irmã Dulce

Dedicatória

Aos enfermeiros membros de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT), que apesar da frieza da morte e da escuridão do luto, proporcionam para as famílias oportunidades do desabrochar da vida em outras pessoas ao dar sentido a uma tragédia sem sentido. E, em especial, dedico esta Tese às pessoas que aguardam por um órgão nas listas de espera no mundo todo, e que permanecem com chama da esperança acesa de dias melhores com um transplante, num mundo diferente, que luta contra uma pandemia e que suspendeu muitos transplantes pelo planeta.
A todos vocês dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

*A **Deus**,*
Pela vida e pelas oportunidades que me proporcionou até aqui.
*Ao meu pai, **Araci Tolfo** (in memoriam),*
que muito se sacrificou para ver seus filhos estudando, chegando, não raras vezes a se desfazer de bens materiais para possibilitar a melhor educação que podia oferecer.
Saiba pai, que onde quer que esteja, hoje estou colhendo mais um fruto desse investimento obrigado pelo empenho, ensinamentos e dedicação.
Às mulheres da minha vida:
*À minha mãe, **Laura**,*
que não se absteve de incentivar, dar coragem e me carregar em seu colo quando mais precisava.
*À **Priscila Sena Tolfo** (in memoriam),*
que ao longo de 20 anos de convivência, me ensinou os caminhos da fé, da esperança e do crer em dias melhores e que vale a pena lutar até o último instante pela vida que nos foi dada por Deus.
*À minha **Maria Antônia**,*
que mesmo pequenina me ensinou a ter coragem para enfrentar um mundo que parecia ter acabado, deu-me o sopro de entusiasmo para seguir adiante. Te amo filha.
*À **Alexandra de Oliveira Feldamann (Xanda)**,*
minha esposa, um amor tão grande que apareceu de repente em minha vida, como uma benção enviada por Deus. Muito obrigado por acrescentar luz em minha vida.
Aos homens da minha vida:
*Meu Irmão **Augusto,***
que me apoiou e me apoia em tudo que preciso, obrigado por ser mais que um irmão.
*Ao meu filho **Bernardo**,*
que me mostrou que pai não precisa compartilhar do mesmo sangue, e sim compartilhar o amor puro e sincero entre duas pessoas que se reconhecem como sendo pai e filho. Te amo filho.
*Ao **Otto**,*
o terceiro homenzinho da minha vida que ainda não viu a luz do sol, mas já dá muitos chutes, cheio de vigor e energia renovadora que vem abrilhantar e abençoar ainda mais a família.
*À professora, orientadora e amiga, **Hedi Crecencia Heckler de Siqueira**,*
que se dispôs a acreditar em mim. Se hoje escrevo esta tese, deve-se ao acolhimento, às orientações e às contribuições dela. Muito obrigado pelo voto de confiança na seleção para o doutorado, mesmo me conhecendo pouco.
*Aos meus sogros **Oscar Feldmann** e **Jussara de Oliveira Feldmann,***
que não raras vezes amparam a minha família enquanto trabalhava e/ou estudava.
Não poderia deixar de agradecer a:
Tio Sid** e **Tia Célia**, **Ibanes** e **Clarice**, **Barbosa** e **Mônica**, **Rogério** e **Aline**, **Anicio** e **Ediane, Elton e Zita.
pessoas que Deus colocou em meu caminho, e que senão fosse por eles, minhas possibilidades de ser feliz seriam menores. São amigos verdadeiros para as horas boas e não tão boas. Amo vocês!
*Ao Hospital Universitário de Santa Maria – **HUSM** e seus dirigentes, que mesmo enfrentando a escassez de recursos humanos, dispensou-me de parte da carga horaria de trabalho para que pudesse realizar o curso de doutoramento.*
*A todos **MUITO OBRIGADO!***

RESUMO

TOLFO, Fernando. **Trabalho do enfermeiro na Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante na Região Sul do Brasil à luz do Pensamento Ecossistêmico**. 2020. 264 fls. Tese de Doutorado em Enfermagem - Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Introdução: O processo de transplante de órgãos é complexo e se origina a partir da doação de um órgão. O sucesso desse procedimento levou à necessidade de se obter órgãos e tecidos para transplante, contudo, a oferta de órgãos e tecidos para atender a demanda ainda é insuficiente. **Objetivo**: Analisar as ações desenvolvidas no trabalho dos enfermeiros das CIHDOTTs, da região sul do Brasil, que possibilitam aumentar a captação e doação de órgãos e tecidos para transplante, à luz do Pensamento Ecossistêmico, na visão dos enfermeiros. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem de Métodos Mistos, utilizando-se o projeto do tipo Incorporado, com realização Simultânea, tendo ênfase na abordagem quantitativa. A combinação dos dados se deu por Incorporação dos dados qualitativos com os dados quantitativos, permeada pela fundamentação teórico-filosófica do Pensamento Ecossistêmico. **QUAN(qual)**. Os dados foram coletados com enfermeiros de CIHDOTTs, da Região Sul do Brasil. Os critérios de inclusão foram: ser profissional enfermeiro; estar registrado no Conselho Regional de Enfermagem no Brasil; e atuar em CIHDOTTs. Como exclusão adotou-se os critérios: enfermeiros afastados de suas atividades na CIHDOTTs por motivos diversos no período da coleta de dados. A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento, tipo questionário *online* com questões fechadas e abertas elaborado, especificamente, para este estudo que, após Teste Piloto, foi enviado aos participantes via aplicativo *google docs.* A análise dos dados quantitativos foi realizada pela análise estatística, utilizando-se, o *Statistical Package for Social Science* (SPSS). Para a análise dos dados qualitativos optou-se pelo Método da Análise de Conteúdo de Bardin. Observou-se todas as exigências éticas previstas para pesquisas com seres humanos conforme Resolução Nº. 466/12. **Resultados:** Os resultados estão apresentados em sete subcapítulos analisados de maneira inter-relacionada conforme o método misto, denominados: Perfil Sociodemográfico dos enfermeiros de CIHDOTTs da Região Sul; Caracterização Funcional dos enfermeiros de CIHDOTTs da Região Sul; Caracterização das CIHDOTTs da Região Sul do Brasil; Ações burocráticas e gerenciais do enfermeiro de CIHDOTT na Região sul do Brasil; Ações da CIHDOTT direcionadas para os aspectos relacionais no ambiente intra e extra-hospitalar; Ações educativas realizadas pelos enfermeiros de CIHDOTT; Ações de cuidados voltados ao usuário possível doador e a família. **Discussão dos dados:** A discussão dos dados desta pesquisa foi realizada por meio de três artigos científicos, utilizando-se parte dos resultados alcançados. O primeiro: "Fatores e barreiras que dificultam a doação de órgãos no sul do Brasil: percepção dos enfermeiros; o segundo: "Cuidado do enfermeiro ao doador de órgãos e sua família: possibilidade para aumento de doações" e o terceiro: "Trabalho do enfermeiro na doação de órgãos e tecidos: Ações potencializadoras à luz do Pensamento Ecossistêmico". **Conclusão:** A análise dos dados referentes às ações desenvolvidas no trabalho dos enfermeiros das CIHDOTTs dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, verificadas as respectivas significâncias, conforme demostrado ao longa da pesquisa e devidamente documentados, evidenciaram influenciar, positivamente, no aumento das taxas de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Assim sendo, foi possível sustentar a TESE**.**

Descritores: Enfermeiro e Enfermeira. Trabalho. Obtenção de Órgãos e Tecidos. Doador. Transplante. Morte Encefálica. Ecossistema.

ABSTRACT

TOLFO, Fernando. **Nurses' work at the Intrahospital Commission for Donating Organs and Tissues for Transplantation in Southern Brazil in the light of Ecosystem Thinking**. 2020. 264 p. Doctoral Thesis in Nursing - School of Nursing. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

Introduction: The organ transplantation process is complex and originates from the donation of an organ. The success of this procedure led to the need to obtain organs and tissues for transplantation, however, the supply of organs and tissues to meet the demand is still insufficient. **Objective**: To analyze the actions developed in the work of nurses from CIHDOTTs, in the southern region of Brazil, which make it possible to increase the uptake and donation of organs and tissues for transplantation, in the light of Ecosystem Thinking, in the view of nurses. **Methodology**: This is a cross-sectional, descriptive and exploratory study, with a Mixed Methods approach, using the Embedded type project, with Simultaneous realization, with emphasis on the quantitative approach. The combination of the data occurred through the incorporation of qualitative data with quantitative data, permeated by the theoretical-philosophical foundation of Ecosystem Thinking. QUAN(qual). Data were collected with nurses from CIHDOTTs, from the South of Brazil. The inclusion criteria were: being a professional nurse; be registered with the Regional Nursing Council in Brazil; and act on CIHDOTTs. As an exclusion, the following criteria were adopted: nurses removed from their activities at CIHDOTTs for different reasons during the data collection period. Data collection was performed using an instrument, such as an online questionnaire with closed and open questions, developed specifically for this study, which, after the Pilot Test, was sent to participants via the google docs application. The analysis of quantitative data was performed by statistical analysis, using the Statistical Package for Social Science (SPSS). For the analysis of qualitative data, Bardin's Content Analysis Method was chosen. It was observed all the ethical requirements foreseen for research with human beings according to Resolution Nº. 466/12. **Results**: The results are presented in seven sub-chapters analyzed in an interrelated way according to the mixed method, called: Sociodemographic profile of nurses from CIHDOTTs in the South Region; Functional Characterization of CIHDOTTs nurses from the South Region; Characterization of CIHDOTTs in the Southern Region of Brazil; Bureaucratic and managerial actions of CIHDOTT nurses in southern Brazil; CIHDOTT actions directed to relational aspects in the intra and extra-hospital environment; Educational actions carried out by CIHDOTT nurses; Care actions aimed at the possible donor user and the family. **Discussion of the data**: The discussion of the data of this research was carried out through three scientific articles, using part of the results achieved. The first: “Factors and barriers that hinder organ donation in southern Brazil: nurses' perception; the second: "Care of the nurse to the organ donor and his family: possibility to increase donations" and the third: "Work of the nurse in the donation of organs and tissues: Potentiating actions in the light of the Ecosystem Thinking". **Conclusion**: The analysis of the data referring to the actions developed in the work of nurses at CIHDOTTs in the States of Paraná, Santa Catarina and Rio Grande do Sul, verified their respective significance, as demonstrated throughout the research and duly documented, showed to have a positive influence on the increased rates of organ and tissue donation for transplants. Therefore, it was possible to sustain TESE.

Descriptors: Nurse and Nurse. Work. Obtaining Organs and Tissues. Donor. Transplantation. Brain Death. Ecossystem.

RESUMEN

TOLFO, Fernando. **Trabajo de enfermeras en la Comisión Intrahospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante en el Sur de Brasil a la luz del Pensamiento Ecosistémico**. 2020. 264 p. Tesis Doctoral en Enfermería - Escuela de Enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

Introducción: El proceso de trasplante de órganos es complejo y se origina a partir de la donación de un órgano. El éxito de este procedimiento derivó en la necesidad de obtener órganos y tejidos para trasplante, sin embargo, la oferta de órganos y tejidos para cubrir la demanda es aún insuficiente. **Objetivo**: Analizar las acciones desarrolladas en el trabajo de enfermeras de CIHDOTTs, en la región sur de Brasil, que permitan incrementar la captación y donación de órganos y tejidos para trasplante, a la luz del Pensamiento Ecosistémico, en la mirada de las enfermeras. **Metodología**: Se trata de un estudio transversal, descriptivo y exploratorio, con enfoque de Métodos Mixtos, utilizando el proyecto tipo Embedded, con realización Simultánea, con énfasis en el enfoque cuantitativo. La combinación de los datos se produjo mediante la incorporación de datos cualitativos con datos cuantitativos, permeados por el fundamento teórico-filosófico del Pensamiento Ecosistémico. QUAN(qual). Los datos fueron recolectados con enfermeras de CIHDOTTs, del Sur de Brasil. Los criterios de inclusión fueron: ser enfermera profesional; estar registrado en el Consejo Regional de Enfermería de Brasil; y actuar sobre los CIHDOTT. Como exclusión, se adoptaron los siguientes criterios: enfermeras retiradas de sus actividades en CIHDOTT por diferentes motivos durante el período de recolección de datos. La recolección de datos se realizó mediante un instrumento, como un cuestionario en línea con preguntas cerradas y abiertas, desarrollado específicamente para este estudio, el cual, luego de la Prueba Piloto, fue enviado a los participantes a través de la aplicación google docs. El análisis de los datos cuantitativos se realizó mediante análisis estadístico, utilizando el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS). Para el análisis de datos cualitativos se eligió el método de análisis de contenido de Bardin. Se observaron todos los requisitos éticos previstos para la investigación con seres humanos según la Resolución Nº. 466/12. **Resultados**: Los resultados se presentan en siete subcapítulos analizados de manera interrelacionada según el método mixto, denominado: Perfil sociodemográfico de enfermeras de CIHDOTT de la Región Sur; Caracterización funcional de enfermeras CIHDOTTs de la Región Sur; Caracterización de CIHDOTT en la Región Sur de Brasil; Acciones burocráticas y gerenciales de enfermeras del CIHDOTT en el sur de Brasil; Acciones CIHDOTT dirigidas a aspectos relacionales en el ámbito intra y extrahospitalario; Acciones educativas realizadas por enfermeras del CIHDOTT; Acciones asistenciales dirigidas al posible usuario donante y la familia. **Discusión de los datos**: La discusión de los datos de esta investigación se llevó a cabo a través de tres artículos científicos, utilizando parte de los resultados obtenidos. El primero: "Factores y barreras que dificultan la donación de órganos en el sur de Brasil: percepción de las enfermeras; el segundo: "Atención del enfermero al donante de órganos y su familia: posibilidad de incrementar las donaciones" y el tercero: "Trabajo del enfermero en la donación de órganos y tejidos: Acciones potenciadoras a la luz del Pensamiento Ecosistémico". **Conclusión**: El análisis de los datos referentes a las acciones desarrolladas en el trabajo de enfermeras de CIHDOTTs en los Estados de Paraná, Santa Catarina y Rio Grande do Sul, verificó su respectiva significación, como se demostró a lo largo de la investigación y debidamente documentada, evidenció incidir positivamente aumento de las tasas de donación de órganos y tejidos para trasplantes. Por lo tanto, fue posible sostener a TESE.

Descriptores: Enfermero. Trabajo. Obtención de órganos y tejidos. Donante. Trasplante. Muerte cerebral. Ecossistema.

LISTA DE FIGURAS

Figura01: Sistema Nacional de transplantes e subsistemas..... 49

Figura02: Sistema de transplantes no Brasil e OPOS da região sul do Brasil, 2020..... 53

Figura03: Organização do ecossistema hospitalar..... 62

Figura04:Delineamento da Pesquisa..... 71

Figura05: Prioridade nos dados quantitativos incorporando os dados qualitativos..... 78

Figura07: Distribuição e abrangência das OPOs no Estado do Paraná..... 80

Figura08: Cidades Paranaenses com CIHDOTTs e OPOs no Estado do Paraná..... 81

Figura09: Mapa localização geográfica do Estado de Santa Catarina..... 82

Figura10: Distribuição das CIHDOTTs e Centros Transplantadores em Santa Catarina. 86

Figura11: Localização geográfica do Rio Grande do Sul..... 87

Figura12: Distribuição das OPOs por macrorregiões no Rio Grande do Sul..... 89

Figura13: Cálculo para obter a amostra dos participantes..... 94

Figura14: Representação das quatro estratégias utilizadas para obter resposta positiva ao envio do instrumento de pesquisa aos possíveis participantes..... 94

Figura15: Imagem projetada pelo Google Forms para a resposta do aceite da pesquisa.. 97

Figura16: Número de Participantes da pesquisa quantitativa e qualitativa nos cenários pesquisados..... 99

Figura17: Representação das etapas da metodologia da análise quantitativa..... 105

Figura18: Síntese dos passos da Análise de Conteúdo segundo Bardin (2011)..... 108

Figura19: Representação gráfica do Ecossistema Hospitalar: principais elementos abióticos, bióticos em relação à doação de órgãos e tecidos para transplante e sua interação com os princípios do Pensamento Ecossistêmico..... 216

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros membros das CIHDOTTs da Região Sul do Brasil. Brasil, 2020, N =125..... 110

Tabela02: Caracterização funcional dos enfermeiros membros de CIHDOTT da Região Sul do Brasil. Brasil, 2020 (N=125)..... 111

Tabela03: Caracterização das CIHDOTTs onde os enfermeiros da Região Sul do Brasil atuam. Brasil, 2020 (N=125)..... 114

Tabela04: Ações educativas realizadas pelos enfermeiros de CIHDOTT da Região Sul do Brasil. Brasil, 2020. (N=125)..... 117

Tabela05: Ações de cuidados ao usuário possível doador e a família realizadas pelos enfermeiros de CIHDOTT da Região Sul do Brasil, Brasil, 2019..... 123

Tabela06: Ações burocráticas e gerenciais do enfermeiro de CIHDOTT na Região sul do Brasil. Brasil, 2020 (N=125)..... 134

Tabela07:Ações da CIHDOTT direcionadas para os aspectos relacionais no ambiente intra e extra-hospitalar. Brasil, 2020 (N=125)..... 141

LISTA DE QUADROS

Quadro01: Resultado da busca com Descritores em português..... 29

Quadro02: Resultado da busca com MeSH Terms e Descriptors..... 30

Quadro03: Aplicação dos critérios de exclusão..... 31

Quadro04: Recomendações de boas práticas sistema espanhol de doação de órgãos..... 39

Quadro05: Síntese da legislação nacional e internacional referente à doação de órgãos e tecidos..... 52

Quadro06: Síntese acerca dos conceitos relativos ao sistema e ecossistema e respectiva cronologia..... 57

Quadro07: Aspectos a serem identificados e definidos nos métodos mistos, Rio Grande /RS 2020..... 74

Quadro08: Síntese dos projetos mais utilizados em Métodos Mistos..... 76

Quadro09: Notações utilizadas em pesquisas com Métodos Mistos..... 77

Quadro10: Síntese comparativa entre os estados da Região Sul do Brasil com os principais índices demográficos, sociais, culturais e aspectos relacionados a doação e transplantes de órgãos. 90

Quadro11:Quadro comparativo entre as variáveis e os cenários que apresentaram ($p<0,05$) nos testes de normalidade do perfil funcional dos enfermeiros das CIHDOTT da Região Sul do Brasil. Brasil, 2019..... 114

Quadro12: Quadro comparativo entre as variáveis e os cenários que apresentaram ($p<0,05$) nos testes de normalidade sobre as características das CIHDOTT da Região Sul do Brasil. Brasil, 2019..... 117

Quadro13: Capacitação dos profissionais das CIHDOTTs da Região Sul do Brasil, 2019. (N=125)..... 120

Quadro14: Quadro comparativo entre as variáveis e os cenários que apresentaram p-valor menor ou igual a 0,05 nos testes de normalidade das ações de cuidado ao possível doador e a sua família. Brasil, 2019..... 127

Quadro15: A entrevista familiar na percepção dos enfermeiros de CIHDOTT..... 130

Quadro16: Comparativo entre as variáveis e os cenários que apresentaram (p<0,05) nos testes de normalidade das ações burocráticas e gerenciais..... 137

Quadro17:Ações realizadas pelas CIHDOTT que potencializam os índices de doação de órgãos..... 138

Quadro18: Quadro comparativo entre as variáveis e os cenários que apresentaram (p<0,05) nos testes de normalidade das ações relacionais no ambiente intra e extra hospitalar. Brasil, 2019..... 144

Quadro19: Dificuldades e barreiras encontradas no trabalho do enfermeiro de CIHDOTT agrupados em quatro categorias..... 145

Quadro20: Facilidades que estimulam a doação de órgãos na visão do enfermeiro de CIHOTT, dados agrupados em quatro categorias..... 150

Quadro21: Objetivos da Tese e os dados ou artigos que os abordam ou os atendem..... 154

Quadro22: Apresentação dos títulos, a abordagem e objetivos dos artigos elaborados para discussão dos dados da pesquisa..... 155

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A: Carta para as Centrais Estaduais de Transplantes (CNCDO) e/ou Organização De Procura De Órgãos (OPO)..... 231

APÊNDICE B: Solicitação ao Comitê de Ética..... 232

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 233

APENDICE D: Instrumento de coleta de dados..... 235

APENDICE E: Instrumento de coleta de dados elaborado no *Google Docs*..... 239

APENDICE F: Cidade Que Possuem CIHDOTT Em Seus Hospitais..... 257

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: Parecer do Comitê Ética em Pesquisa na Área de Saúde (CEPAS) – FURG..... 262

LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES

AMIB	Associação dos Médicos Intensivistas do Brasil
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
ABTO	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
BC	Bloco Cirúrgico
BDENF	Banco de dados da Enfermagem
CAPES	Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisas na Área da Saúde
CET	Central Estadual de Transplantes
CGSNT	Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes
CIOMS	Conselho Organizações Internacionais das Ciências Médicas
CIHDOTT	Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CNCDO	Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.
CNNCDO	Centrais Nacionais de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DML	Departamento Médico Legal
EEG	Eletroencefalograma
EUA	Estados Unidos da América
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
GEES	Grupo Ecossistêmico em Enfermagem e Saúde
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IML	Instituto Médico Legal
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
ME	Morte Encefálica
MEDLINE	*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
MP	Medida Provisória
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONT	Organização Nacional de Transplantes da Espanha
ONU	Organização das Nações Unidas
OPO	Organização e Procura de Órgãos
PIB	Produto Interno Bruto
PMP/ANO	Parte por milhão de pessoas/ ano
PUBMED	*US National Library of Medicine / National Institutes of Health*
RBT	Registro Brasileiro de Transplantes
SCIELO	*Scientific Electronic Library Online*
SCOPUS	*SciVerse Scopus*
SET	Sistema Estadual de Transplantes
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SPSS	*Statistical Package for Social Science*
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS..... 20

Objetivo geral..... 27

Objetivos específicos..... 27

2. REVISÃO DE LITERATURA..... 28

2.1 Evidências sobre a doação de órgãos e os aspectos que envolvem o profissional enfermeiro..... 28

2.2 História e aspectos da doação e transplante de órgãos no Brasil, Espanha e no mundo..... 34

2.3 Morte encefálica e a doação de órgãos..... 42

2.4 Estrutura e processo de doação e transplantes de órgãos no Brasil..... 46

2.4.1 Ecossistema hospitalar e o processo de doação e transplante de órgãos de tecidos..... 53

2.4.2 O hospital visto como um ecossistema..... 58

2.5 O enfermeiro Membro de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante..... 65

3. METODOLOGIA..... 70

3.1 Delineamento do estudo..... 78

3.2 Cenários da investigação..... 77

3.2.1 Primeiro Cenário de Investigação: Estado do Paraná..... 79

3.2.2 Segundo Cenário de Investigação: Estado de Santa Catarina..... 83

3.2.3 Terceiro Cenário de Investigação: Estado do Rio Grande do Sul..... 86

3.3 População e Amostra do estudo..... 91

3.4 Coleta dos dados..... 95

3.5 Aspectos éticos..... 99

3.5.1 Análise crítica de riscos e benefícios..... 100

3.5.2 Explicitação das responsabilidades dos pesquisadores..... 101

3.5.3 Explicitação de critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa..... 02

3.5.4 Declaração de que os resultados serão tornados públicos..... 102

3.5.5 Declaração sobre o uso e destinação dos dados e/ou materiais coletados..... 102

3.5.6 Demonstrativo da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da Pesquisa..... 103

3.6 Análise dos dados coletados..... 103

3.6.1 Análise dos dados Quantitativa..... 103

3.6.2 Análise dos dados Qualitativa..... 105

4. DADOS E RESULTADOS DA PESQUISA..... 109

4.1 Perfil Sociodemográfico dos enfermeiros membros das CIHDOTTs da Região Sul do Brasil..... 110

4.2 Caracterização funcional dos enfermeiros membros de CIHDOTT da Região Sul do Brasil..... 111

4.3 Caracterização das CIHDOTTs da Região Sul do Brasil espaços onde os enfermeiros atuam..... 114

4.4 Ações educativas realizadas pelos enfermeiros de CIHDOTT da Região Sul do Brasil..... 117

4.5 Ações de cuidados voltados ao usuário possível doador e a família..... 123

4.6 Ações burocráticas e gerenciais do enfermeiro de CIHDOTT na Região sul do Brasil..... 133

4.7 Ações da CIHDOTT direcionadas para os aspectos relacionais no ambiente intra e extra-hospitalar..... 141

5. DISCUSSÃO DOS DADOS..... 155

5.1 Artigo 1 : Barreiras que Dificultam a Doação De Órgãos no Sul do Brasil: Percepção dos Enfermeiros..... 157

5.2 Artigo 2: Cuidados do Enfermeiro ao Doador de Órgãos e sua Família: Possibilidades para aumento de Doações..... 174

5.3 Artigo 3: Obtenção De Tecidos E Órgãos: Ações Potencializadoras Do Enfermeiro à Luz Do Pensamento Ecossistêmico..... 190

6. SÍNTESE FILOSÓFICA E REFLEXIVA..... 207

REFERÊNCIAS..... 218

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

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

A doação de órgãos, atualmente, pode ocorrer entre pessoas vivas ou a partir de um cadáver. Esse é um processo complexo que se origina a partir da retirada de um órgão, de forma consentida pelo doador ou de sua família no caso de usuários mortos, com o objetivo final de ser transplantado em outro indivíduo. Portanto, a doação de órgãos constitui-se na retirada de órgãos viáveis de corpos humanos de doadores cadáveres ou de doadores vivos (PESTANA et. al., 2013).

Historicamente, o processo de desenvolvimento de doação de órgãos foi lento e gradual e, somente na década de 1930, foi realizado o primeiro transplante renal humano, por Voronoi, cirurgião ucraniano, porém sem sucesso. No entanto, segundo Pereira (2004), no final da mesma década, mais especificadamente em 1939, ocorreu o primeiro transplante de medula

óssea bem sucedido, tornando os transplantes de órgãos e tecidos uma possibilidade para a ciência e para a área médica.

Contudo, a doação de órgãos e tecidos para transplantes, proveniente de doadores cadáveres, teve início apenas no final da década de 1960. Nessa década, foram determinados os critérios que definiam uma pessoa em morte encefálica. Esses critérios aferiam os reflexos dos nervos cranianos que emergiam do tronco cerebral, portanto, avaliavam as respostas por meio do reflexo pupilar, reflexo córneo-palpebral, reflexo óculo-cefálico, reflexo óculo-vestibular, reflexo da tosse e, por fim, o teste de apneia (SANTOS; MORAES e MASSAROLLO, 2012; WESTPHAL e.t al., 2016).

A morte encefálica foi eticamente e juridicamente ancorada na legislação norte americana durante a *National Conference of Commissioners on Uniform State Laws*, corroborado pela *American Medical Association* e pela *American Bar Association,* onde igualaram a morte encefálica à morte por parada cardiorrespiratória em todos os Estados norte-americanos (EUA, 1980).

O olhar para a morte encefálica e para a consequente doação de órgãos, fez emergir uma percepção diferenciada sobre a morte e suscitou uma gama de novos conhecimentos que permitiram a reflexão e a mudança do pensar e agir dos profissionais da saúde e sociedade, relacionadas a novas técnicas médicas, à cultura, à religião, à economia, e ao aspecto jurídico (IUAMOTO, 2015; CAMUT et. al., 2016).

Com o passar dos anos essa terapêutica tornou-se, cada vez mais, uma alternativa segura e eficaz no tratamento de diversas doenças do coração, rins, pulmão e fígado, resultando em melhor qualidade e expectativa de vida das pessoas beneficiadas (GARCIA, 2006). Assim, o transplante de órgãos representa, atualmente, um dos maiores avanços da medicina, sendo, muitas vezes, a última alternativa terapêutica disponível (BARRETO, 2016).

Devido ao sucesso desse procedimento, a necessidade por órgãos e tecidos para transplante aumenta a cada dia. Contudo, a oferta de órgãos e tecidos para atender a demanda ainda é insuficiente. A necessidade por transplante levou a Assembleia Mundial da Saúde (AMS), órgão máximo de decisão da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, ao referir-se à escassez de doadores de órgãos para transplantes, e enfatizou a magnitude do problema, afirmando que a carência de órgãos para transplante é vivenciada tanto em países com escassos ou altos recursos econômicos e tecnológicos (OMS, 2010).

Visando amenizar as longas filas de espera por um transplante, os países têm procurado alternativas adotando políticas públicas, voltadas para a criação de sistemas de obtenção de órgãos, levando em consideração à cultura, costumes e a moral do seu povo, sendo essas

políticas fortalecidas e amparadas por legislação específica. Dentre as diversas políticas públicas de obtenção de órgãos existentes, destaca-se o modelo espanhol, que apresenta as menores implicações éticas e os maiores índices de obtenção de órgãos por milhão de pessoas (pmp) do mundo, tendo sido referenciado pela Organização Mundial da Saúde (OMS 2010) como modelo a ser seguido, servindo como base para a construção de sistemas de doação e transplantes de órgãos em muitos países, incluindo o Brasil (MONTEZELLI et. al., 2011).

As políticas públicas no Brasil referentes à doação de órgãos são antigas, porém, somente em 1997, o governo brasileiro consolidou e estruturou seu modelo de doação de órgãos e transplante, com a chamada Lei do Transplante, por meio da Lei 9.394/97, na qual foi estabelecido e regulamentado em nível nacional o modelo de obtenção de órgãos para transplante no Brasil (BRASIL, 1997).

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) foi criado no Brasil no mesmo ano, pelo Decreto n. 2.268/97, e tem como atribuições as ações de gestão, promoção, logística, credenciamento das equipes e hospitais, financiamento e elaboração de portarias que norteiam todo o processo, desde o diagnóstico do possível doador até o acompanhamento dos usuários transplantados (BRASIL, 1997).

O decreto nº 2.268/97 trouxe, dentre inúmeras mudanças, a implantação do modelo presumido para a captação de órgãos de doador em morte encefálica (BRASIL, 1997). O modelo presumido assegurava que todo o cidadão brasileiro era doador de órgãos, salvo, houvesse registro contrário a essa vontade em documento oficial. Essa medida impopular foi alterada um ano após, através de uma Medida Provisória (MP 1.718/98), que alterava o modelo presumido para o modelo consentido, ou seja, a decisão sobre a doação de órgãos de usuários em morte encefálica deveria ser consentida pelos familiares de direito do possível doador (BRASIL, 1998).

Ao adotar o modelo consentido de obtenção de órgãos com a finalidade de transplante, o modelo brasileiro de doação de órgãos se assemelha ao modelo de sucesso espanhol. Uma das prerrogativas dessa nova política era que a vontade da família fosse respeitada, e para tanto, no ano 2000, foram criadas as Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTTs) nos hospitais brasileiros, sendo sua implantação obrigatória em hospitais, com mais de 80 leitos, com neurologista e unidade de tratamento intensivo, regulado pela Portaria nº 905 (BRASIL, 2000).

A CIHDOTT é uma comissão composta por diversos profissionais da saúde, e organizada a nível hospitalar. Essa comissão originada do modelo espanhol de obtenção de órgãos para transplante tem como função o desempenho para o desfecho dos processos de busca

ativa, identificação, diagnóstico, entrevista familiar para doação de órgãos, captação, organização dos meios possíveis para agilizar e garantir que os procedimentos estejam de acordo com as normas, como manutenção do doador e providenciar sala cirúrgica, entre outros. Além disso, precisa atuar junto às organizações de procura de órgãos (OPO) e centrais estaduais de transplantes (CNCDO) nos processos de doações e, também, prestar todo o apoio necessário aos familiares do usuário em morte encefálica (BRASIL, 2009).

O trabalho da CIHDOTT deve ser instituído por ato formal da direção de cada hospital, deverá estar vinculado diretamente à diretoria médica da instituição e ser composta por, no mínimo, três membros integrantes de seu corpo funcional, dos quais um deverá ser médico ou enfermeiro, e que será o Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (BRASIL, 2009).Há muitas definições para a palavra trabalho, no presente estudo, é o conjunto de atividades produtivas ou intelectuais exercidas pelo homem para gerar uma utilidade com a intenção de alcançar determinado fim (MICHAELIS, 2017). Nesse sentido, a CIHDOTT tem como trabalho acompanhar desde a identificação do possível doador, até a entrega do corpo a família.

Percebe-se que uma das maiores conquistas do Sistema Nacional de Transplante (SNT) tenha sido a criação das CIHDOTT. Freire et. al., (2014) mencionam que a partir dos anos 2000 essa atividade recebeu destaque nas políticas de saúde pública do Brasil. Tais medidas conduziram o país a tornar-se o maior programa público de transplantes do mundo, e um dos que destina maior volume de recursos públicos a esse tratamento, proporcionalmente ao seu Produto Interno Bruto (PIB) e ao gasto com saúde (MARINHO, 2006).

Como membro das CIHDOTTs, o enfermeiro é mencionado em muitos estudos, ao redor do mundo, como um profissional necessário e partícipe do processo de doação: na Polônia (CZERWINSKI, 2014), na Holanda (GROOT et. al., 2014), na China (HU e HUANG, 2015), na Turquia (KOOCAY et al 2015), no Irã (SHABANZADEH, 2009), na Austrália (MARCH et. al., 2012), na Suécia (FORESBERG et. al., 2014), nos Estados Unidos (CAILLOUET-O'NEAL, 2008), e no Brasil (MENDES et. al, 2012; SOUZA, 2014; TOLFO e CAMPONOGARA, 2016).

Como anteriormente mencionado, o Brasil também reconhece a forte influência do enfermeiro no processo de doação de órgãos e ampara sua atuação ao citá-lo, juntamente com o médico, na legislação vigente, como sendo os únicos profissionais que podem ser coordenadores de CIHDOTT brasileiras (BRASIL 2000; BRASIL 2009; COFEN, 2004). Entretanto, a atuação do enfermeiro no processo de doação é tão importante quanto o local onde o processo se realiza, por isso, é imprescindível que o possível doador esteja alocado no

ambiente hospitalar. Estudos mencionam que os cuidados relacionados ao potencial doador devem desenvolver-se prioritariamente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com infraestrutura apropriada, recursos humanos especializados, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia (FREIRE et. al.,2014; KINHS et. al., 2015).

Contudo, estar internado em UTIs, e sob os cuidado de enfermagem, não é garantia de que serão realizadas todas as etapas do processo da doação. Nessa acepção, faz-se necessária a participação de outros elementos e organismos externos às UTIs, como os serviços administrativos, laboratórios de análises clínicas, métodos gráficos e de imagem, farmácia, portaria, serviço de higiene e limpeza, a família do doador, entre outros. A Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) (2013) corrobora com o descrito quando menciona que o sistema de doação de órgãos e tecidos é justo, mas está sujeito à ação de vários profissionais e serviços em sequência, desde a identificação dos potenciais doadores até a efetivação dos transplantes e seu acompanhamento ambulatorial. Gomes (2011,) também concorda com o exposto, ao ressaltar que a doação e os transplantes de órgãos podem ser percebidos como um sistema, e consequentemente compreendê-lo como um conjunto de elementos e organismos que interagem e se relacionam por meio de interações fortes ou não.

Um sistema é definido por Bertalanffy (2013) como um conjunto de elementos e organismos em um determinado espaço/território/ambiente que permanecem em constante troca devido a sua capacidade de interconectar-se e se inter-relacionar entre si, possibilitando a sua auto-organização. Deste modo, perceber o enfermeiro ou as UTIs de maneira isolada não agrega vantagens ao processo de obtenção de doação de órgãos, mas sim, deve-se considerar o todo, aqui representado pelo ambiente hospitalar. O hospital é composto por diversas categorias profissionais, usuários e familiares, setores, serviços, recursos físicos e tecnológicos, configurando-se o hospital como um conjunto de elementos não-vivos (abióticos) e elementos vivos (bióticos) que se relacionam entre si, e são capazes de interferir positiva ou negativamente na obtenção de órgãos para transplantes. Svaldi e Siqueira (2010), consideram e definem o ambiente hospitalar, na linguagem ecossistêmica, como o lugar/espaço/território onde trabalhadores da saúde, formados por diversas categorias profissionais, suprem as inúmeras necessidades de saúde dos usuários.

Compreender as inter-relações, a interdependência e a rede que se forma no ambiente hospitalar entre os inúmeros setores, serviços, e profissionais pode conduzir a melhores resultados na obtenção de órgãos e tecidos para transplantes. Nessa perspectiva, Bertalanffy (2013), menciona que determinadas ciências têm validade para outras ciências. Assim, as

diferentes áreas do conhecimento que compõem uma instituição de saúde são importantes e necessárias para que as atividades hospitalares em prol da doação de órgãos sejam cumpridas.

Entre os diversos elementos/organismos encontrados no ambiente hospitalar, a família e os profissionais da saúde são imprescindíveis e desempenham funções importantes devido ao grau de dependência que o processo de doação de órgãos lhes exige. A família insere-se nessa rede relacional num momento muito difícil, pois se encontra fragilizada emocionalmente, e, o atendimento ou acolhimento recebido desde o primeiro momento de internação poderá determinar a sua decisão ao sintetizar no SIM ou no NÃO a doação de órgãos. Refletindo nessas duas palavras seus agrados ou desagrados quanto aos cuidados prestados à família e usuário durante a internação, além do respeito à vontade do possível doador. Um estudo brasileiro evidenciou que a equipe precisa utilizar informações claras, simples e sem a utilização de termos técnicos, em todas as etapas do processo, e que a família necessita do respeito à dor, e do acolhimento desde a primeira informação até a comunicação da morte (KINHS 2015).

Nessa configuração sistêmica, a participação da família, dos profissionais, dos serviços e dos setores do hospital são importantes para o desfecho do processo de obtenção de órgãos e tecidos, e talvez seja esse um dos fatores desencadeadores e motivadores para essa pesquisa.

O **interesse** por essa temática também deve-se a minha trajetória como enfermeiro assistencial e membro de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante do Hospital Universitário de Santa Maria/RS, e também, como enfermeiro contratado pela Organização de Procura de Órgãos (OPO6)[1], e Coordenador de Transplante de Órgãos pela Central de Transplantes do Estado do Rio Grande do Sul.

Por meio dessas atividades, consegui perceber que a doação de órgãos envolve a instituição hospitalar como um todo, ou melhor, como um sistema. Observei que as inter-relações e as interações que se procedem nesse ambiente influenciam a condução do processo de obtenção, doação e captação de órgãos para transplante, e interferem na decisão familiar em relação à aceitação ou não da doação.

Vivenciei muitos processos de doação de órgãos, e percebi que cada processo é diferente, é único. Cada família reage de maneira distinta, cada exame, ou manutenção hemodinâmica do doador pode ser diferente; embora os protocolos sejam iguais, muitas das ações do enfermeiro são adaptadas de acordo com a necessidade que se apresenta no momento. Assim sendo, é necessário um olhar holístico, ver as interações dos elementos constituintes do

[1] OPO6 – Organização de Procura de Órgãos - 6, a numeração ao final da sigla é utilizada no Rio Grande do Sul para diferenciar das demais OPOs do Estado.No Estado do Rio Grande do Sul, há 7 OPOs distribuídas em regionais.

espaço hospitalar; a inter-relação do enfermeiro no processo de doação de transplantes de tecidos e órgãos, pois a sua atuação pode ser decisiva para o desencadeamento positivo do início ao fim do processo de doação de órgãos.

Prosseguindo na formação acadêmica, optei buscar no mestrado evidenciar a função do enfermeiro de CIHDOTT no intuito de conhecer a atuação deste profissional no processo de doação de órgãos. As descobertas confirmaram as evidências já produzidas quanto a importância do profissional enfermeiro nas CIHDOTTs. Também evidenciou os aspectos relacionados à inserção do enfermeiro em CIHDOTT sem o conhecimento prévio necessário para atuar nessas situações delicadas e complexas e as suas facilidades e dificuldades encontradas no conjunto do trabalho.

Assim sendo, desenvolver e disseminar o conhecimento sobre o trabalho do enfermeiro no processo de doação de órgãos e transplante torna-se **relevante,** pois, envolve inúmeros aspectos, dentre eles destacam-se três pontos: a importância da temática, o tema ser uma prioridade da Agenda Nacional de Pesquisas em Saúde no Brasil (Brasil, 2011), e a baixa produção científica no Brasil e na América Latina sobre o tema.

A relevância quanto à temática está associada à possibilidade do aumento das taxas de doação de órgãos, pois, um acréscimo na obtenção de órgãos, significa aumentar a expectativa de vida dos receptores (SANTOS E ROCHA, 2014) e assim desonerar os sistemas de saúde ao trocar tratamentos de alto custo por terapêuticas menos dispendiosas (SILVA et al, 2016), e proporcionar conforto às famílias ao dar um significado a uma tragédia sem sentido (COELHO et. al., 2012).Portanto, os benefícios da doação e transplantes de órgãos podem ser percebidos em muitos segmentos da sociedade.

Contudo, o Tribunal de Contas da União (2006), ao realizar um relatório sobre a doação e captação de órgãos, averiguou várias situações que impediam o governo brasileiro de atingir o objetivo proposto de aumentar as taxas de doações, ao constatar que as atividades de planejamento, gerenciamento, execução, controle e monitoramento das ações do programa, assim como a articulação entre os componentes do SNT, apresentavam deficiências.

A doação e transplante de órgãos vem sendo mencionada como prioridade na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa (Brasil, 2011), conforme assinalado nos itens 5.9.9, 5.9.15, 11.2.1, 14.2.19 e 14.2.20, o que pontua também a relevância dessa temática para o desenvolvimento de pesquisas no Brasil.

Diante ao exposto tem-se como **TESE:**

As ações desenvolvidas no trabalho dos enfermeiros das CIHDOTTs, da região sul do Brasil, possibilitam aumentar a captação e doação de órgãos e tecidos para transplante à luz do Pensamento Ecossistêmico, na visão dos enfermeiros.

Como guia norteador foi traçada **a questão de pesquisa:**

Que ações, desenvolvidas no trabalho dos enfermeiros das CIHDOTTs, da região sul do Brasil, possibilitam aumentar a captação e doação de órgãos e tecidos para transplante, à luz do Pensamento Ecossistêmico, na visão dos enfermeiros?

Para responder à questão de pesquisa, foram elaborados os **objetivos:**

Objetivo geral:

Analisar as ações desenvolvidas no trabalho dos enfermeiros das CIHDOTTs, da região sul do Brasil, que possibilitam aumentar a captação e doação de órgãos e tecidos para transplante, à luz do Pensamento Ecossistêmico, na visão dos enfermeiros.

Objetivos específicos:

- Mapear as CIHDOTTs e respectiva Organização e Procura de Órgãos(OPO) alocadas em cada Estado da região sul do Brasil;

- Conhecer o perfilsociodemográfico e funcional dos enfermeiros integrantes das CIHDOTTs da região sul do Brasil;

- Identificar as ações gerenciais das CIHDOTTs da região sul do Brasil;

- Avaliar as ações das CIHDOTTs direcionadas para os aspectos relacionais no ambiente intra e extra-hospitalar;

- Pesquisar as ações educativas desenvolvidas pelas CIHDOTTs no ambiente intra e extra-hospitalar;

- Analisar as barreiras, que na percepção dos enfermeiros, dificultam a doação de órgãos e tecidos para o transplante;

- Pesquisar os fatores que estimulam a possibilidade de aumentar os indicadores de doação de órgãos e tecidos;

- Analisar os cuidados do enfermeiro ao doador de órgãos e sua família: possibilidade para aumento de doações.

2 REVISÃO DE LITERATURA

"O futuro das nações e das organizações dependerá cada vez mais de sua capacidade de aprender coletivamente."
Peter Senge

Com a finalidade de subsidiar e aprofundar o conhecimento sobre a temática em estudo foi elaborada a revisão de literatura que contempla: Evidências sobre a doação de órgãos e os aspectos que envolvem o profissional enfermeiro; a história e aspectos da doação e transplante de órgãos no Brasil e no mundo; morte encefálica e a doação de órgãos; Estrutura e processo de doação e transplantes de órgãos no Brasil; Ecossistema hospitalar e o processo de doação e transplante de órgãos de tecidos.

.

2.1 Evidências sobre a doação de órgãos e os aspectos que envolvem o profissional enfermeiro

Realizou-se uma revisão integrativa, no intuito de buscar e reunir achados de estudos desenvolvidos com diferentes metodologias, permitindo aprofundar o conhecimento, sintetizar

os resultados sobre o tema e despontar as lacunas para novas investigações (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2010; CRISTMALS E GROSS, 2017).

Para nortear esta revisão integrativa formulou-se a seguinte questão: O que a literatura nacional e internacional, aborda sobre o envolvimento da enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante?

A busca e seleção dos estudos deu-se por meio das bases de dados, *US National Library of Medicine (*PubMed), *SciVerse Scopus* (Scopus), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (*MEDLINE*), Base de Dados da Enfermagem (BDENF).

A revisão ocorreu no período de maio de 2017 realizando a busca nas bases de dadosLILACS, MEDLINE e BDENF, utilizando o descritor enfermeiro e enfermeira, foram, encontrados 31.475 artigos no MEDLINE, 958 na LILACS, e 700 na BDENF. Ao acrescentar o operador booleano "and" ao descritor "obtenção de órgãos e tecidos" identificou-se 74 artigos na MEDLINE, não encontrando estudos na LILACS, e na BDENF.

Ainda na base de dados MEDLINE inseriu-se "and" ao descritor "transplante" resultando a busca em cinco artigos. Após, inseriu-se "and" ao descritor "doador" onde encontrou-se quatro estudos na MEDLINE, e por fim, acrescentou-se "and" ao descritor "morte encefálica" finalizando a busca com um artigo na MEDLINE.

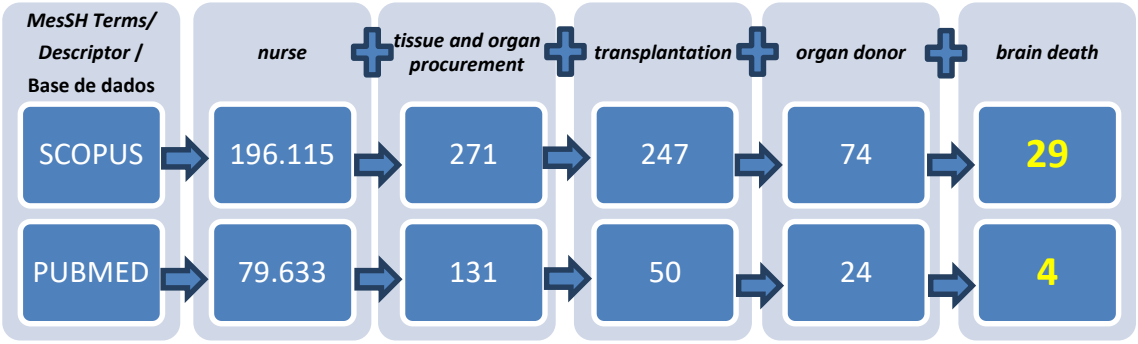
Quadro 01: Resultado da busca com Descritores em português

Descritor / Base de dados	enfermeiro e enfermeira	obtenção obtenção de órgãos e tecidos	transplante	doador	morte encefálica
MEDLINE	31.475	74	5	4	1
LILACS	958	0	-	-	-
BDENF	700	0	-	-	-

Fonte: Dados da revisão integrativa organizados pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira utilizando o booleano "*and*"

A busca nas bases de dados Scopus e PubMed foi realizada por meio dos *descriptors e MeSH Terms* correspondentes, ao inserir o descriptor/ *MeSH Terms* "*nurse"* encontrou-se 196.115 estudos no Scopus e 79.633 no PubMed. Ao adicionar "*and*" ao descriptor/MeSH Terms *"tissue and organ procurement"* houve redução significativa dos achados sendo, 271 estudos no Scopus e 131 no PubMed. Acrescentando "*and*" ao descriptor/*MeSH Terms* "*transplantation"* obteve-se 247 estudos no Scopus e 50 no Pubmed, ao inserir "*and*" ao descriptor/*MeSH Terms "organ donor"* alcançou-se74 artigos no Scopus e 24 no PubMed, e ao adicionar "*and*" ao descritor "*braindeath"* finalizou-se a busca com 29 artigos no Scopus e quatro no PubMed.

Quadro 02: Resultado da busca com *MeSHTerms* e *Descriptors*

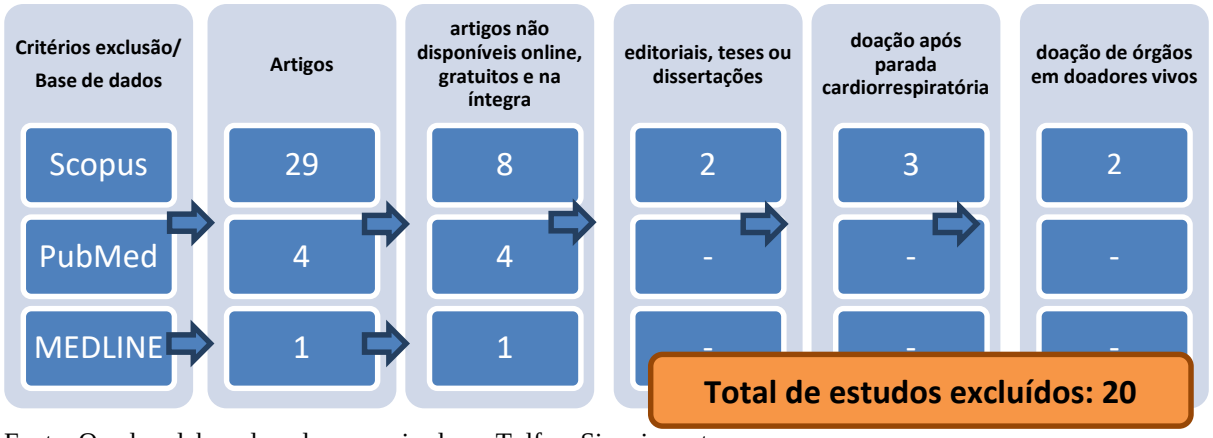


Fonte: Dados com base na revisão integrativa organizados pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira utilizando o booleano "*and*"

Os resultados das buscas MEDLINE (1 estudo), Scopus (29 estudos) e PubMed (4 estudos) totalizaram 34 artigos que foram catalogados com um código alfabético o qual representa a letra inicial da base de dados, (S) Scopus, (P) PubMed e (M) Medline e um número que o segue, correspondente à ordem que o mesmo apareceu na busca, por exemplo, S1, P1, M1...

Os 34 estudos encontrados foram submetidos a critérios de exclusão: artigos não disponíveis *online,* gratuitamente e na integra; estudos que não fossem artigos, entre estes, editoriais, teses e dissertações; estudos que contemplassem a doação de órgãos após parada cardiorrespiratória; estudos que envolvessem a doação de órgãos em doadores vivos. E foram incluídos todos os idiomas, disponíveis online, e que respondessem ao objetivo proposto. Ao final da aplicação dos critérios, 13 estudos não estavam disponíveis online, sendo (oito) na *Scopus,* (quatro) na PubMed e (um) na *Medline*. Ainda, na Scopus foram excluídos (dois) editoriais, (dois) estudos que contemplavam a doação de órgãos em outro contexto e (três) a doação de órgãos após parada cardiorrespiratória. Finalizou-se a seleção dos estudos com 14 artigos.

Quadro 03: Aplicação dos critérios de exclusão



Fonte: Quadro elaborado pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira autores.

A doação de órgãos é mencionada como um acontecimento importante da medicina, sendo comparada a grandes feitos, como a descoberta da penicilina. Um hospital moderno tem dentre suas principais assistências a profilaxia, o tratamento, a educação e a obtenção de órgãos para transplante (CZERWINSKI, 2014). Os avanços tecnológicos e farmacêuticos das últimas décadas possibilitaram que a doação de órgãos tenha ampliado o seu campo de atuação, permitindo que um maior número de pessoas pudesse usufruir dessa técnica.

Com base na análise dos resultados dos artigos analisados, evidencia-se que apesar de um número expressivo de artigos contemplar a presença do enfermeiro, estudos sobre obtenção de órgão associados a este profissional ainda são escassos. Esta situação pode estar relacionada com uma fragilidade de conhecimento do profissional, de atividades educacionais em relação a esta temática, ou até mesmo dificuldade na abordagem/acolhimento do familiar.

Corroborando esta ideia, estudos realizados na Holanda e Turquia demonstram que os trabalhadores atuantes de unidades de terapia intensiva (UTI) se sentem desconfortáveis em fazer a abordagem familiar e prestar cuidados ao possível doador, porque consideram o processo de morte encefálica um conceito difícil de explicar. (GROOT et al, 2014; KOCAAY e.t al., 2015).

Mesmo com a dificuldade de prestar assistência de enfermagem ao possível doador e a família, e que a morte encefálica e o processo de doação de órgãos sejam considerados complexos e de pouca compreensão por parte dos profissionais ali envolvidos, os profissionais da saúde demonstram reações positivas frente a adoção dos critérios de morte encefálica e de doação de órgãos, afirmando serem critérios que justificam a morte do indivíduo. Estudos realizados na Turquia (KOCAAY et. al., 2015), na China (HU e HUANG, 2015), e na França (CAMUT et. al., 2016) mencionaram que os participantes dessas pesquisas em sua maioria

estão dispostos a doação de seus órgãos e reconhecem os critérios para morte encefálica como critérios válidos para seu diagnóstico.

A dificuldade por parte dos profissionais e público em geral em aceitar a morte de alguém que ainda mantém suas funções cardiológicas, temperatura, respiratórias, mesmo que por aparelhos, podem gerar conflitos éticos relacionados à linha tênue que separa a vida da morte. Diversos estudos com enfermeiros e médicos trazem que há uma confusão substancial, ambiguidade e incompreensão da ME, mesmo entre aqueles profissionais que aceitam legalmente a ME. (MARCK et. al., 2012; GROOT et. al., 2014, KOCAAY et. al.,2015). Isto pode estar relacionado com os índices de doações de órgãos para transplante provenientes de doadores em morte encefálica.

Visando esta problemática, diferentes autores apontam para a necessidade de educação e capacitação no intuito de aumentar a oferta de órgãos e tecidos para transplantes (MARCK 2012; GROOT et al 2014; KOCAAY et. al., 2015; HU e HUANG 2015; CAMUT et. al., 2016). O que também pode ser corroborado em pesquisas realizas em diversas regiões do mundo e que destacam a necessidade de educação e capacitação dos profissionais para aumentar as taxas de obtenção de órgãos e tecidos para transplante, independente do sistema de obtenção de órgãos implantando MARCK 2012; GROOT et al 2014; KOCAAY et. al., 2015; HU e HUANG 2015; CAMUT et. al., 2016).

Embora existam esforços que visam amenizar esta problemática, estudo realizado na Polônia ao avaliar a contratação de coordenadores de transplantes nos hospitais poloneses foi evidenciado que apenas 50% dos hospitais, a ação se mostrou efetiva após 4 anos de contratação dos coordenadores (CZERWIŃSKI, 2014). Nesta mesma linha de pensamento, uma pesquisa norte-americana, mostrou que os coordenadores de transplantes, não foram formalmente educados para esse trabalho e que o modo de aprendizado era realizado disponibilizando outro coordenador com tempo disponível para auxiliá-lo ou o novo coordenador aprendia durante seu trabalho (SWIAN, 2011).

Talvez o conhecimento sobre doação de órgãos e morte encefálica esteja ainda restrito aos coordenadores de transplantes, sendo suas ações pouco compartilhadas pelo resto dos profissionais do hospital e também inacessível ao público em geral. Do ponto de vista de um estudo realizado na Turquia, a divulgação dos conceitos de morte encefálica e doação de órgãos não devem ser somente atribuições do médico ou enfermeiro, como também dos legisladores, funcionários dos hospitais, religiosos, imprensa para que todos auxiliem na orientação da sociedade quantos aos comportamentos e crenças que circundam esse processo (KOCAAY et al, 2015).

Porém, as ações e atitudes podem ser possibilitadas se os profissionais possuírem maior conhecimento sobre a doação de órgãos e seus processos. Segundo Merck (2012); atitudes positivas relacionadas aos familiares parecem ter influência no desfecho favorável a doação de órgãos segundo estudo realizado nas UTIs e emergências australianas. E conforme Camut et., (2016) nos profissionais de saúde franceses, e em estudantes das ciências da saúde na Turquia (KOCAAY e.t al., 2015). Porém, estudo brasileiro concluiu que há uma lacuna entre a afirmação de sentir-se preparado para assistir os pacientes em ME e as respostas sobre os critérios avaliados na pesquisa sobre diagnóstico e cuidados gerais prestados no processo de doação de órgãos e tecidos (FREITAS et al, 2014).

A incapacidade de identificar pacientes em morte encefálica ou em iminência deste diagnóstico pelos profissionais da saúde é uma das principais causas de falha na aquisição de órgãos para transplante na Austrália (MARCK, 2012). Estudo realizado no Brasil, evidenciou que 27% das causas de perdas evitáveis de potenciais doadores estiveram relacionadas com a não identificação da Morte encefálica em tempo hábil (KINHS et. al., 2015).

Um estudo sueco referencia o enfermeiro como sendo decisivo para a identificação precoce de possíveis doadores, pois está, vinte e quatro horas por dia junto ao usuário (FLÓDEN, 2009). Percebe-se desse modo o quanto é importante a participação do enfermeiro mesmo antes do início do processo de doação de órgãos.

Nesse sentido, pesquisa feita na Holanda com enfermeiros e médicos de UTIs, revelou que as enfermeiras desempenham ação importante na abordagem familiar, pois são capazes de obter a opinião dos familiares, mesmo antes do pedido médico para doação de órgãos (GROOT et. al., 2014). Esse estudo foi corroborado com pesquisa feita na Suécia que registrou que fatores importanteslevaram a atitudes positivas dos enfermeiros no processo de doação:a antiguidade, experiência de trabalho, participação em conversas com parentes, cuidar de pessoas com morte cerebral e experiências privadas de obtenção de órgãos ou transplante de órgãos (FORESBERG et. al., 2015).Percebe-se que a educação é um dos elementos fundamentais para que os profissionais da saúde e, em especial os enfermeiros, consigam exercer suas ações, atitudes com capacidade de superar os obstáculos que decorrem no processo de doação de órgãos, encontrados na identificação, processo de diagnóstico, abordagem familiar, processo de captação e transplante de órgãos.

A presente revisão evidenciou que apesar de um grande número de achados sobre enfermagem e obtenção de órgãos, pesquisas não foram encontradas na América Latina e África, com os descritores utilizados, sugerindo a necessidade de mais estudos que aprofundem essa temática.

Este estudo mostra que, apesar dos enfermeiros serem favoráveis a doação de órgãos, de aceitarem os critérios de morte encefálica como a morte do indivíduo, tido como um profissional importante em todas as etapas da doação e transplante de órgãos, seu envolvimento ainda está limitado às questões educacionais para aumentar sua participação nesse processo. Concluiu-se que a educação é uma alternativa viável e recomendada na literatura mundial, como uma alteranativa para alcançar melhores índicesde resultados nas taxas de obtenção de órgãos e tecidos.

2.2 História e aspectos da doação e transplante de órgãos no Brasil, Espanha e no mundo

Desde tempos longínquos, o ser humano buscou encontrar meios que possibilitassem a substituição de órgãos e tecidos doentes por novos e saudáveis, utilizando procedimentos e técnicas de transplante. Nas antigas escrituras judaicas e cristãs podem ser encontradas referências ao transplante de órgãos. A Bíblia Sagrada, no Antigo Testamento, em Gênesis 2:21-22, faz referência a retirada da costela de Adão para dar vida a um novo ser - a mulher (BÍBLIA, 2016).

Contudo, John Hunter no ano de 1778, usou a terminologia de transplante pela primeira vez, em suas pesquisas com animais e a partir deste episódio de Hunter se sucederam diversas tentativas de transplantes em humanos (FONSECA e CARVALHO, 2005). No início do século XIX, os autotransplantes de pele começaram a ser realizados e, da mesma forma, no ano de 1881, os alotransplantes ósseos foram inicializados. Já, em meados do século XIX, foi realizado o primeiro transplante de tecido corneano.

Na década de 1930, foi realizado o primeiro transplante renal humano, por Voronoi, cirurgião ucraniano, porém sem sucesso. Entretanto, no final da mesma década, mais especificadamente em 1939, foi realizado o primeiro transplante de medula óssea (PEREIRA, 2004), tornando os transplantes de órgãos e tecidos uma possibilidade para a ciência e para a área médica. Tentativas de doação e transplantes de órgãos entre humanos sempre foram objeto de estudos e testes, apesar do seu sucesso ser limitado, pela falta de tecnologias e farmacologias adequadas. Esse panorama só começou a se modificar, a partir da década de 1950 com o descobrimento da azatioprina, e logo mais tarde a ciclosporina, medicamentos utilizados até hoje como imunossupressores, e que permitiram e permitem um controle maior e mais efetivo da rejeição dos órgãos transplantados (ALENCAR, 2006).

Em 1954, nos Estados Unidos da América (EUA), Joseph Murray realizou o primeiro transplante de rim entre vivos com sucesso. Tal feito foi possível pelo fato de serem irmãos gêmeos univitelinos, e, portanto, o receptor e doador possuíam carga genética idêntica, levando a ciência a questionamentos sobreo tema da imunologia. A partir deste momento, o transplante de órgãos entre vivos iniciou sua trajetória na medicina, tornando-se cada vez mais frequente e seguro, graças ao advento dos imunossupressores e das novas descobertas sobre os fatores de rejeição (KOMAROFF, 2012). Também nos Estados Unidos, em 1963, o Dr. Thomaz Starzl transplantou o primeiro fígado em humano. Já o cirurgião Christian Barnard foi o pioneiro no mundo, em 1967, na África do Sul, a realizar um transplante cardíaco com sucesso (PEREIRA, 2004).

Sem dúvida alguma, o feito realizado por Christian Barnard levou o mundo da ciência a novos questionamentos sobre a doação de órgãos, pois, até então, os doadores de órgãos eram provenientes de pessoas vivas, especialmente nos casos de rins ou fígado, e quando entre mortas, os procedimentos de obtenção de órgãos eram realizados após a parada cardíaca. Mas, o fenômeno realizado por Barnard gerou indagações que induziram o governo americano, em 1968, a organizar, rapidamente, um Comitê na Universidade de Medicina de Harvard com vários especialistas, no intuito de se investigar a possibilidade de transplantes com doador falecido, porém com o coração batendo. Reunidos ao longo de vários meses, o Comitê apresentou, como produto final, o chamado Consenso de Harvard, que elencava critérios que determinavam a Morte encefálica (SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012).

O Comitê publicou, em 1968, o até então chamado Consenso de Harvard, que designava um novo conceito de morte – a morte encefálica – que versava de um estágio irreversível das funções cerebrais, o que justificava a morte, porém, uma morte que mantinha por algum tempo as funções circulatórias em atividade. No Brasil, o primeiro transplante realizado foi de rim entre vivos, em 1964. Já o primeiro transplante cardíaco foi realizado em 1968, menos de um ano após a realização do transplante cardíaco pioneiro pelo Dr. Christian Barnard (BRASIL, 2013).

Percebe-se que, desde o início dos transplantes, até agora, houve uma evolução considerável em termos de técnicas, resultados esperados, variedades de órgãos transplantados e número de procedimentos realizados. Cada nação, de acordo com suas particularidades, costumes e moral elaboraram seu próprio sistema e organização de doação e transplante de órgãos e tecidos, e que estão em constante aperfeiçoamento. Entretanto, os programas se assemelham ou diferem ao levar em consideração as infinitas variáveis que influenciam a doação e transplante de órgãos (ERTIN et al 2010).

Atualmente, as técnicas de transplantes evoluíram de tal forma, que permitiram a utilização dos transplantes de órgãos e tecidos para o tratamento de uma vasta gama de transplantes, instituindo um desequilíbrio entre a demanda por órgãos e tecidos e sua oferta (OMS, 2010). Esse fato tem desafiado países no mundo inteiro a criar mecanismos para melhorar a identificação de doadores, bem como, o armazenamento e distribuição de órgãos, além de despertar a vontade de doação, por parte dos cidadãos.

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

A República da China chamou a atenção internacional por muito tempo, ao utilizar o sistema prisional como fonte de órgãos a ser explorada. No sistema chinês, detentos com pena capital eram destinados a serem doadores de órgãos e tecidos para fins de transplantes. Abouna (2003) comenta que na China existia a prática de retirada de órgãos de condenados à pena de morte e que imediatamente à execução, seus órgãos eram doados a usuários selecionados em instituições médicas e ou hospitais. Contudo, a pressão e a postura contrária à comunidade internacional por tais atos, contribuiu para que a China abolisse a captação de órgãos de prisioneiros executados a partir de janeiro 2015 (TREY et. al., 2016).

O sistema belga de obtenção de órgãos para transplante apoia-se no consentimento presumido, regulamentado pela Lei de 13 de Junho de 1986, ou seja, todas as pessoas mentalmente competentes são doadores, a menos que se oponham à doação de órgãos, em vida, por meio de um documento formal. Muitos cidadãos belgas defendem este modelo, afirmando que a doação de órgãos e tecidos é uma dívida que cada cidadão tem com sua pátria, sendo comparado por muitos com o serviço obrigatório militar (ERTIN et. al., 2010). Em relação a essa sistemática, surgem alguns questionamentos, como o relacionado ao fato de algum cidadão não expressar, por escrito, durante a vida, a opção pela não doação, a retirada de seus órgãos pode ser incompatível com o princípio da ética médica e do direito da autonomia das pessoas em decidir sobre seu próprio corpo.

Mas, tal questão não parece incomodar os belgas, pois, 98% deles são doadores. A Lei belga de 3 de julho de 2012 traz a obrigatoriedade da comunicação à família e aceitação do

diagnóstico de morte encefálica. Essa comunicação é para descobrir uma eventual objeção expressa pelo potencial doador durante sua vida. Contudo, a opinião da família sobre a doação de órgãos não importa para a equipe assistencial, esta abordagem difere de uma solicitação explícita de acordo pela família (HOSTE et. al., 2016).

Em relação a Espanha, atualmente, tem-se constituído num exemplo em termos de eficiência no processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos. O modelo espanhol de doação e transplantes é tão exitoso que a Organização Mundial da Saúde (OMS) o elegeu como referência mundial para doação e transplante de órgãos, servindo como parâmetro para a Organização das Nações Unidas (ONU, 2008), sendo seu programa adaptado à realidade dos mais diversos países, dentre eles, o Brasil. O sistema espanhol de obtenção de órgãos parece ser o sistema menos problemático e o mais adequado do ponto de vista ético. Ressalta-se que a filosofia do modelo espanhol parte do pressuposto que os problemas de doação não são a falta de doadores adequados, mas sim, a dificuldade de encontrá-los e obter o seu consentimento para doação por meio das famílias. O método espanhol destina-se, então, a sensibilizar a sociedade sobre doação de órgãos e aperfeiçoar as habilidades dos responsáveis pelo processo de doação (ERTIN et al., 2010). Destaca-se que na Espanha, a única forma de obtenção de órgãos é por meio do consentimento dos familiares e seu sistema nacional de transplantes apresenta-se em três níveis de organização, nacional, regional e hospitalar (ESPANHA, 1996).

A causa desse fenômeno está no programa de doação e transplante de órgãos conhecido internacionalmente como "modelo espanhol", que é um conjunto de medidas tomadas para que a Espanha pudesse melhorar os índices de obtenção e doação de órgãos. A legislação espanhola sobre a remoção de órgãos e tecidos para transplante data de 1979 com a Lei n.30 de 27 de outubro, que normatizava a extração e transplante de órgãos (ESPANHA, 1979).

A Espanha, por meio do Departamento de Saúde Espanhol, criou a Organização Nacional de Transplantes (ONT) na década de 1980, e iniciou a construção da infraestrutura, contratação de profissionais destinados a todos os tipos de transplantes e captações, as administrações constituídas pelas centrais de transplantes desmembradas em sedes administrativas nas comunidades autônomas espanholas, e mecanismos de mídia com vistas à sociedade em geral (MONTEZELLI, 2011).

Além da Lei de Transplante de 1979, o sistema espanhol foi amparado legalmente por mais dois decretos: o Decreto Real de extração de tecidos e células para transplante de 1996, e o Decreto Real sobre captação e transplante de órgãos de 1999. Em 1996, a ONT espanhola desenvolveu um Programa de Garantia de Qualidade no processo de doação de órgãos que,

inicialmente, foi construído com base na experiência pioneira de hospitais na região Basca, que já tinham em vigor um sistema de controle de qualidade.

Tal projeto tinha como finalidade responder aos seguintes objetivos: definir a capacidade de doação teórica por tipo de hospital; detectar perdas durante o processo de doação e analisar as causas que levaram a tais perdas de potencial doadores de órgãos; e descrever os fatores a nível hospitalar sobre o impacto do processo de doação (ESPANHA, 1996). Entre 1996 e 1997, conduziram um estudo piloto em 25 hospitais e após análise dessa experiência, a ONT com a colaboração de coordenadores hospitalares e regionais expandiu o Programa de Garantia de Qualidade para os hospitais Insalud e Andaluzia em 1998. A comunidade Canaria e o Hospital de Navarra se juntaram ao programa em 1999. Os hospitais Bascos e as outras comunidades foram incorporadas em 2000. Desde 2001, hospitais da Catalunha também iniciaram sua participação no programa (CUENDE et. al., 2001).

Os avaliadores externos do *Programa de Garantía de Calidad del Proceso de Donación de Órganos,* Burdio & Mirett (2001) (*apud* TEIXIERA & SOBA 2013), realizaram duas avaliações externas, e acreditando que os expostos no programa são capazes de induzir mais mudanças e soluções específicas em diferentes hospitais. Nesse sentido, entende-se que a Espanha através da ONT, busca constantemente melhorias, objetivando alavancar ainda mais o processo de doação e transplantes e que, muitas vezes, utilizou-se do *Benchmarking p*ara o aperfeiçoamento do modelo espanhol de doação de órgãos). *Benchmarking* é definida por Matezans (2013), como uma palavra moderna que se refere a uma prática tão antiga quanto o ser humano, onde trata de olhar e tentar aprender com aqueles que fazem melhor.

Em 2011, um guia de boas práticas foi elaborado e impulsionado pela *Organización Nacional de Trasplantes* (ONT) com o objetivo de melhorar a atividade relacionada com a doação e transplante de órgãos na Espanha. Essa proposta tem a finalidade de identificar, difundir e implementar melhores práticas no processo de doação em morte encefálica (ESPANHA, 2011). Para esse trabalho foi reunida uma comissão de coordenadores hospitalares e membros da ONT, com indicadores de excelência no processo de doação de órgãos para transplante, o que resultou na publicação do *Guia de Buenas Prácticas en el proceso de la Donación de Organos*, no qual apresenta vinte e cindo recomendações (ESPANHA, 2011). Abaixo estão elencadas as recomendações de boas práticas no processo de doação que possibilitou a busca constante pela excelência do sistema espanhol.

Quadro 04: Recomendações de boas práticas sistema espanhol de doação de órgãos

BOAS PRÁTICAS EM DOAÇÃO E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS
O número de integrantes e a composição das equipes de coordenação devem adequar-se às necessidades de cada hospital;
2 – é conveniente que todos os integrantes da equipe recebam formações em cursos de coordenação e comunicação;
3 – se recomenda que a equipe de coordenação esteja presente o tempo todo do processo;
4 – se recomenda que a equipe de coordenação responda hierarquicamente somente a direção do hospital;
5 –é aconselhável que os coordenadores tenham dedicação parcial para a tarefas de coordenação;
6 - assumir a responsabilidade frente à possibilidade de doador de órgãos, baseado no conceito de disponibilidade;
7 – os coordenadores devem possuir capacidade total de decisão;
8 – é conveniente que os coordenadores se sintam corretamente compensados e reconhecidos profissionalmente;
9 – a equipe de coordenação deve construir e manter uma boa relação com todos os integrantes do hospital;
10 – o coordenador deve ter um perfil idóneo;
11 – a existência de um programa orientado especificadamente ao tratamento de usuários neurocríticos melhora a efetividade pode derivar possíveis doadores nas unidades críticas;
12 – recomendam-se ações de formação, promoção e educação em doação de órgãos e transplantes aos profissionais das unidades hospitalares que atendam usuários neurocríticos;
13 – todos os profissionais das unidade críticas devem participar ativamente na detecção de possíveis doadores dentro das unidades de tratamento intensivo;
14 - o coordenador deve implicar-se em acompanhar todos os usuários neurocríticos;
15 – é imprescindível que todas as equipes das unidades críticas se responsabilizem pelo diagnóstico de morte encefálica, e pela manutenção do possível doador juntamente com o coordenador de transplantes;
16 – é importante ter definida a disponibilidade permanente de médicos especialistas em neurologia, neurocirurgia para o diagnóstico de morte encefálica;
17 – se recomenda que o hospital dispunha de doppler transcraniano;
18 – é fundamenta dispor permanentemente de um laboratório de microbiologia e de anatomopatológico;
19 – é importante dispor de protocolos por escrito relativos à detecção, avaliação e manutenção do possível doador e ao diagnóstico de morte encefálica;
20 – é importante que haja um bom ambiente de trabalho e comunicação fluída dentro das UTIs;
21 – formação contínua de todo o pessoal das unidades críticas sobre o processo de doação é um elemento imprescindível;
22 – a entrevista com os familiares deve seguir uma metodologia específica e deve centrar-se na possibilidade;
23 – é importante que a equipe que fará a entrevista tenha formação específica para tal;
24 – é importante dispor de recursos para a realização da entrevista;
25 – outras recomendações ou sugestões.

Fonte: Quadro elaborado a partir do modelo espanhol de doação e transplantes de órgãos, organizados pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira.

Com a criação da Organização Nacional de Transplantes (ONT), a Espanha passou de 14 doadores por milhão de pessoas (pmp) para 45,5 doadores/pmp em 2016 (EUROTRANSPLANTES, 2016). Cabe ressaltar que a Espanha antes de reformular seu programa de doação e transplante detinha uma das mais baixas taxas de doação da Europa, e atualmente possui a maior taxa de doadores/pmp, não sendo mais comparada somente com a Europa, mas sim, com o mundo. (ESPANHA, 2020)

Matesanz e Miranda (2002), comentam que o sistema espanhol é grande e complexo, que envolve mais de 100 profissionais, sejam eles da saúde ou não, o que demanda mais de 20 horas de trabalho por processo de obtenção de órgãos. Assim, esses procedimentos não podem ser apenas realizados com recursos econômicos, mas sim precisam que a sociedade esteja envolvida. O sistema também dispõe de um telefone 24h para dúvidas ou outras comunicações, O departamento central da ONT atua como um serviço de apoio a todo o sistema de transplante, na distribuição dos órgãos, na gestão das listas de espera, na organização das equipes de transplante de órgãos, na elaboração das estatísticas oficiais e relatórios sobre doação de órgãos, dentre outras atividades (MATESANZ e MIRANDA, 2002)

O modelo espanhol entende que a doação de órgãos é uma atividade médica hospitalar e como qualquer atividade precisa de apoio financeiro, porém, não deve ser uma sobrecarga em termos de dinheiro ou trabalho para outras unidades de trabalho. Portanto, a doação de órgãos e tecidos merece pessoal especializado e financiamento próprio para não interferir com a rotina normal do hospital. Matesanz e Miranda (2002), comentam que todos os hospitais espanhóis oficialmente autorizados no programa de captação, doação e transplante de órgãos possui um orçamento específico para eles, bem como os escritórios nacionais e regionais, os programas de formação ou atividades de investigação.

Usuários graves e possíveis doadores que causam forte comoção como é o caso de crianças e usuários vítimas de tragédia ou violência, não podem ser tratados de forma eficaz no âmbito centralizado de uma organização regional, muito menos nacional, uma vez que não permitem a plena participação na tomada de decisão e o processo não é motivador. Contudo, o modelo espanhol apostou na descentralização, constituindo organizações locais que tenham como objetivo principal a aquisição de órgãos e promoção da doação e as estruturas maiores se concentram na distribuição de órgãos e gestão das listas de espera (MATESANZ e MIRANDA, 2002). Essa cooperação é que tornou o modelo espanhol mais eficaz. O modelo espanhol resume-se, portanto, à descentralização do sistema nacional de doação de órgãos, criando centrais administrativas a nível nacional, regional e dentro das unidades hospitalares; também está focada na sensibilização da sociedade de modo geral, através da mídia e canais de

comunicação, como um telefone 24 horas à disposição; estimula a busca ativa para encontrar possíveis doadores de órgãos; e, por fim, toda a doação de órgãos provenientes de doadores cadáveres necessitam do consentimento familiar para a doação de órgãos.

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

Estudos estimam que, no Brasil, possa haver uma taxa de potenciais doadores de órgãos muito maior que nos países desenvolvidos, e sugerem que a taxa esteja compreendida entre 60 e 100 pmp/ano. Tais números estão relacionados, possivelmente, aos acidentes de trânsito e ferimentos por arma de fogo (ABREU et. al., 2006). Nesse sentido, em 2016, a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) relatou que o modesto incremento na taxa de doação em relação a 2015, onde a taxa de doadores por milhão de pessoas (pmp) passou de 14,1 para 14,4 em 2016, ainda necessita de providências em várias áreas, como na efetivação da doação por meio de aumento da taxa de doadores elegíveis, diminuição da recusa familiar, e utilização de órgãos de doadores limítrofes, sendo essas condições necessárias e inadiáveis (ABTO, 2016).

Segundo a ABTO (2014), e AMIB (2014) são considerados doadores limítrofes ou de critérios expandidos, aqueles que possuem condições clínicas que podem ocasionar diminuição da sobrevida ou comprometimento da função do enxerto, bem como, aqueles com risco de transmissão de doenças. Entretanto, a AMIB (2014) faz uma ressalva ou recomendação quanto ao uso dos doadores limítrofes, justificando sua utilização quando a expectativa de vida com o transplante for superior à obtida com o tratamento clínico convencional.

Percebe-se, que no mundo há diversos aspectos que envolvem o processo de obtenção de órgãos, sejam eles aspectos positivos ou negativos, e de acordo com a influência desses, as nações são desafiadas, constantemente, a desenvolverem um sistema de captação e transplante de órgãos cada vez mais eficiente, no intuito, de reduzir as grandes filas por espera de um órgão e/ou tecido em cada país.

Com o advento de técnicas científicas mais modernas e seguras, das últimas décadas, observam-se avanços na manutenção e na preservação de órgãos para transplantes, garantindo que mais pessoas possam usufruir dessa tecnologia médica. Esse fato está associado aos

avanços na imunologia, preservação e técnicas médicas, que possibilitam o transplante de órgãos para muitos usuários com falência de órgãos (KOCAAY, 2015).

Especificamente, em relação a doação e transplante de órgãos a evolução das unidades de tratamento intensivo tiverem êxito, devido as sucessivas estruturas dissipativas originadas com a descoberta de novas tecnologias, conhecimento na área médica que levaram os hospitais a perturbações, e destas perturbações os múltiplos caminhos ou atitudes a serem tomadas, e a opção escolhida foi a estruturação nas áreas hospitalares para adequar-se ao novo modo de atenção médica a pacientes em estado crítico – as UTIs. Assim, o processo de doação de órgãos e transplante foi sustentado devido ao advento das Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), que possibilitaram aos usuários em estado crítico obter suporte ventilatório e hemodinâmico, abrindo espaço para a manutenção dos órgãos após o diagnóstico de morte encefálica. No Brasil, as UTIs com suporte ventilatório surgiram no final da década de 1960, representando um marco importante, dentro dos progressos obtidos pelos hospitais, visto que os usuários em estado crítico eram tratados, anteriormente, nas próprias enfermarias sem condições adequadas e necessárias a sua situação crítica de saúde.

2.3 Morte encefálica e a doação de órgãos

No final da década de 1950, mais especificadamente em 1959, Mollaret e Goulon, dois neurofisiologistas franceses, adicionaram um novo quadro clínico para o estado de coma, denominado de "coma *dépassé*" (MATIS et al., 2012). A descrição dos franceses é, frequentemente, mencionada como a primeira conceituação do que viria a ser denominado de morte encefálica. Mollaret e Goulon (1959) denominaram o coma *dépassé* baseados em seu estudo com 23 ocorrências em usuários comatosos e, sustentados pelo método gráfico conhecido como eletroencefalograma (EEG), que foi utilizado como evidência para o estado clínico do coma.

Os neurofisiologistas franceses estavam próximos de definir critérios capazes de traçar uma fronteira entre a vida e a morte. Contudo, apesar de terem apontado direções para os estudos dos colegas norte-americanos, foram os critérios elencados por. Mollaret e Goulon (1959) que serviram de parâmetros para a solidificação da nova significação e diagnóstico de morte. A comunidade médica dos Estados Unidos não estava se preparando somente para a tarefa de garantir essa redefinição, mas também, queria assegurar que ela fosse reconhecida juridicamente (KIND, 2009).

A nova definição de morte – a Morte Encefálica (ME) - foi apresentada ao mundo em 1968, após o Consenso de Harvard, descrita como a completa e irreversível parada das atividades do encéfalo, que ocorre por grave agressão ao tecido cerebral, ocasionado pelo insuficiente suprimento de sangue no tecido cerebral, devido à oclusão na rede vascular (BONAMIGO, 2015).

Logo após a façanha de Christian Barnard, em 1968 a Escola de Medicina de Harvard nos EUA, constituiu um Comitê *Ad Hoc* com a finalidade de definir um novo conceito de morte a partir de um estado de coma irreversível. O comitê foi constituído por Henri K. Beecher, anestesiologista e médico eticista, Raymond D. Adms, neurologista, Abraham Clifford Barger, fisiologista, William J. Curran jurista, Derek Denny-Brown neurologista, Dana L. Farnsworth psiquiatra, Jordi Folch-Pi bioquímico e neuroquímico, Everett I. Mendelsohn, historiador, Ralph Potter biólogo e eticista, Robert Schwab, neurofisiologista, William Sweet filósofo, John P. Merrill pesquisador médico, e Joseph Murray, cirurgião plástico (BEECHER, 1968),sendo os dois últimos nomes citados os pioneiros na realização de um transplante de rins entre vivos com sucesso.

O Consenso de Harvard foi então promulgado, e elencou os critérios que serviram de parâmetros para o diagnóstico da morte encefálica, os quais se fundamentavam em testar os pares cranianos que emergiam do tronco cerebral. Tais critérios incluíam também o estado de coma aperceptivo e irresponsivo, ausência de reflexos e de quaisquer movimentos após uma hora de atenta observação, ausência de respiração após dez minutos de desconexão do respirador, EEG isoelétrico, exclusão de hipotermia (abaixo de 32,2ºC) e sem o uso de depressores do sistema nervoso central, sendo necessária a repetição dos testes clínicos em intervalos de tempo, que variam conforme a idade (NETO, 2010).

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

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

Houve juridicamente a aceitação da ME nos mesmos critérios de uma morte cardiorrespiratória. Em 1995, a *American Academy of Neurology* reafirmou estes critérios, especificando a técnica do teste de apneia e uma série de possíveis observações clínicas que não invalidam o diagnóstico de ME como, por exemplo: o sinal de Babinski, pressão arterial normal, ausência de diabetes insípido, entre outros (NETO, 2010).

Wijdicks et. al., (2010) realizaram uma revisão sistemática nas bases de dados *MEDLINE* e EMBASE com o objetivo de atualizar as diretrizes da *American Academy of Neurology* de 1995, no que diz respeito a cinco indagações, entre elas, salienta-se a seguinte pergunta do estudo: Existem usuários que preencheram os critérios clínicos de morte cerebral e que recuperaram sua função neurológica? Os resultados mostram que, em adultos, não há relatos de recuperação da função neurológica, depois de um diagnóstico de morte encefálica e quando utilizados os critérios de avaliação para determinação da morte encefálica da Academia Americana de Neurologia de 1995.

Portanto, conforme as evidências até aqui mostradas, há fortes indícios de que os parâmetros utilizados para diagnóstico de morte encefálica, descritos e preconizados pela *American Academy of Neurology* de 1995, baseados no Consenso de Harvard de 1968, são critérios confiáveis para se determinar a morte encefálica como a morte do indivíduo. Contudo, há dificuldade por parte dos profissionais e público em geral, em aceitar a morte de alguém que ainda mantém suas funções cardiológicas, respiratória, e temperatura, mesmo que por aparelhos podem gerar conflitos éticos relacionados à linha tênue que separa a vida da morte. Diversos estudos com enfermeiros e médicos trazem que há uma confusão substancial, ambiguidade e incompreensão da ME, mesmo entre aqueles profissionais que aceitam legalmente a ME (MARCK et al 2012, GROOT et al 2014, KOCAAY 2015). Isto pode estar relacionado com os índices de doações de órgãos para transplante provenientes de doadores em morte encefálica.

Em relação a essa problemática, diferentes autores apontam para a necessidade de educação e capacitação no intuito de aumentar a oferta de órgãos e tecidos para transplantes (MARCK et. al., 2012; GROOT et. al., 2014; KOCAAY et.al., 2015; HU e HUANG, 2015; CAMUT e.t al.,2016). O que também pode ser corroborado em pesquisas realizadas em diversas regiões do mundo e que destacam a necessidade de educação e capacitação dos profissionais para aumentar as taxas de obtenção de órgãos e tecidos para transplante, independente do sistema de obtenção de órgãos implantados (MARCK et. al., 2012; GROOT et. al., 2014; KOCAAY et.al., 2015; HU e HUANG, 2015; CAMUT e.t al.,2016).

Embora existam esforços que visem amenizar essa problemática, estudo realizado na Polônia, ao avaliar a contratação de coordenadores de transplantes nos hospitais poloneses,

evidenciou que apenas 50% dos hospitais a ação se mostrou efetiva após 4 anos de contratação dos coordenadores (CZERWINSKI, 2014). Nesta mesma linha de pensamento, uma pesquisa norte-americana mostrou que os coordenadores de transplantes não foram formalmente educados para esse trabalho e que o modo de aprendizado era disponibilizando outro coordenador com tempo disponível para auxiliá-lo, ou o novo coordenador aprendia durante seu trabalho (SWAIN, 2011).

Talvez o conhecimento sobre doação de órgãos e morte encefálica esteja ainda restrito aos coordenadores de transplantes, sendo suas ações pouco compartilhadas pelo resto dos profissionais do hospital e também inacessível ao público em geral. Do ponto de vista de um estudo realizado na Turquia, a divulgação dos conceitos de morte encefálica e doação de órgãos não devem ser somente atribuições do médico ou enfermeiro, como também dos legisladores, funcionários dos hospitais, religiosos, imprensa para que todos auxiliem na orientação da sociedade quanto aos comportamentos e crenças que circundam esse processo (KOCAAY 2015).

Porém, as ações e atitudes podem ser possibilitadas se os profissionais possuírem maior conhecimento sobre a doação de órgãos, e seus processos. Atitudes positivas relacionadas aos familiares parece ter influência no desfecho favorável a doação de órgãos segundo estudo realizado nas UTIs e emergências australianas (MARCK et. al., 2012), nos profissionais de saúde franceses (CAMUT, et. al., 2016), e estudantes das ciências da saúde na Turquia (KOCAAY 2015). Contudo, estudo brasileiro concluiu que há uma lacuna entre a afirmação de sentir-se preparado para assistir os usuários em ME e as respostas sobre os critérios avaliados na pesquisa sobre diagnóstico e cuidados gerais prestados no processo de doação de órgãos e tecidos (FREITAS et. al., 2014).

A incapacidade de identificar usuários em morte encefálica ou em iminência deste diagnóstico, pelos profissionais da saúde, é uma das principais causas de falha na aquisição de órgãos para transplante na Austrália (MARCK e.t al., 2012). Estudo realizado no Brasil evidenciou que 27% das causas de perdas evitáveis de potenciais doadores estiveram relacionadas com a não identificação da morte encefálica em tempo hábil (KINHS et al., 2015). Esse novo conceito exigiu e ainda desafia a modificar o pensar sobre a morte do ser humano. Essa mudança de paradigma ultrapassou a forma de ver e perceber a morte que, até então, conjeturava somente a morte por coração parado. A morte, então, passou a representar um novo paradigma sobre o valor do corpo, dado que uma doação pode salvar ou aumentar a sobrevida de muitas outras pessoas (PESSOA, SCHIRMER e ROSA, 2013).

O conceito de morte, até então vigente, era voltada apenas para a ausência de batimentos cardíacos e movimentos respiratórios, porém, com o novo conceito, a morte passou a aceitar também a morte do encéfalo como a morte do indivíduo. Uma morte que, por meio de aporte tecnológico e farmacêutico, mantém em funcionamento o sistema cardiopulmonar, temperatura, eliminações urinárias dentre outras funções fisiológicas, podendo inclusive mostrar alguns movimentos resultados de reflexos medulares, denominados de Sinal de Lázaro (WESTPHAL et. al., 2016). Assim, a morte encefálica, além de perceber de modo diferente a morte do outro, trouxe consigo uma gama de novos conhecimentos que permitiram a reflexão e a mudança do pensar e agir dos profissionais da saúde e sociedade, relacionadas a novas técnicas médicas, à cultura, à religião, à economia, e o jurídico (IUAMOTO 2015, CATÃO, 2016). Dentre esses, um dos pontos mais importantes envolvendo a morte encefálica é a possibilidade da doação de órgãos.

2.4 - Estrutura e processo de doação e transplantes de órgãos no Brasil

A legislação brasileira para doação de órgãos teve início com a Lei nº.5.479/68 (BRASIL, 1968), logo após a apresentação do diagnóstico de morte encefálica pelo Comitê de Harvard. Esta lei foi, posteriormente, revogada pela lei nº. 8489 de 1992 (BRASIL, 1992), que dispunha a retirada e transplantes de órgãos e tecidos de cadáveres para fins terapêuticos e científicos. Porém, não havia, até então, uma Lei que regulamentasse a realização de transplante. O que havia, no Brasil, naquela época, eram regulamentações regionais, desenvolvidas de modo informal que mantinham a inscrição de receptores, retirada de órgãos e critérios de destinação e distribuição dos órgãos transplantados.

Em 04 de fevereiro de 1997, foi sancionada a Lei nº. 9434, que regulamentou a doação de órgãos e transplante e oficializou os documentos para identificação e diagnóstico de ME em todo o território brasileiro, apontando a doação de órgãos a partir do consentimento presumido (BRASIL 1997), ou seja, todo o brasileiro seria doador compulsório de órgãos, salvo negativa oficial e individual, registrada na carteira de identidade (GOLDIM, 2005). A Lei nº. 9434/97, que entrou em vigor no início de 1998, gerou grande polêmica pública, ao impor a doação presumida, levando a população brasileira, por medo e/ou desconhecimento sobre os critérios de ME e doação de órgãos, a uma corrida aos órgãos competentes para registrar sua negação em relação a ser doador de órgãos.

A Lei nº 9434/97, regulamentada pelo decreto 2268/97 foi, posteriormente, alterada, em 1998, por meio de uma Medida Provisória (MP1718/98), que passava a decisão da doação para família (BRASIL, 1998). Portanto, incumbe ao indivíduo brasileiro dialogar com seus familiares e expressar a sua vontade ou não, de ser doador de órgãos, pois, compete a sua família decidir sobre a doação ou não de seus órgãos.

Com base nessa Medida Provisória, o Brasil, fundamentado no modelo Espanhol, criou a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), regulamentada pela Portaria nº. 905/2000 (BRASIL, 2000). Essa comissão deve ser composta por uma equipe multidisciplinar, e acompanhar todo o processo de doação a nível hospitalar, tendo, entre outras atribuições, a abordagem da família sobre o seu desejo de doação de órgãos do familiar em morte encefálica.

A Portaria nº. 905/2000 foi substituída pela Portaria nº 2.600 de 21 de outubro de 2009, a qual detalha a estrutura do sistema nacional de transplantes e as competências incumbidas a cada instância do programa nacional de transplante brasileiro (BRASIL, 2009). O processo de doação e transplante brasileiro envolve várias etapas, e inúmeros profissionais. As etapas variam conforme o tipo de doador: doador vivo, ou doador falecido. No Brasil, esse processo é respaldado por leis específicas para cada tipo de doador, e o Sistema Nacional de Transplante (SNT), com base no modelo espanhol, alicerça-se na busca por potenciais doadores criando, além da central nacional de transplantes, as estaduais e regionais, sendo, essas últimas, denominadas de Organização de Procura de Órgãos (OPO), que estão diretamente ligadas às CIHDOTTs, que se organizam nas unidades hospitalares.

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

A Portaria nº. 2.600/09 contempla a descentralização do SNT em três domínios: nacional, estadual e local, semelhante ao modelo espanhol, sendo composto pela Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT), e pelas Centrais Estaduais de Transplante (CNCDO), que ficam alocadas em cada Estado. Devido ao Brasil ser um país de grande extensão territorial e certos órgãos possuírem um tempo de isquemia curto, tais órgãos como o coração, por exemplo, se captados no sul do Brasil seriam inviáveis para receptores residentes no norte. Nesse sentido, criaram-se outras centrais administrativas em cada região

brasileira, ou seja, no norte, sul, nordeste, centro oeste, e sudeste, denominadas de Centrais Nacionais de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO) (BRASIL, 2009).

Em cada federação brasileira há a Organização e Procura de Órgãos (OPO) que está alocada em regiões de cada Estado. Por fim, as CIHDOTT, localizadas em cada hospital com capacidade acima de 80 leitos, constituem a estrutura de transplantes em esfera local (BRASIL, 2009) (Figura 1). As CIHDOTTs estão envolvidas nesse processo, com as seguintes atribuições: agendamento de salas no bloco cirúrgico, preparar e disponibilizar todo o material e equipamentos especializados, além de prover se recursos humanos estão adequados para o ato. Todo o processo começa após o médico confirmar o diagnóstico de morte encefálica do potencial doador e a comunicação à Central de Transplante do seu estado (BRASIL, 2009).

A efetividade do processo depende da rapidez e precisão com que é conduzido. Embora ainda haja batimentos cardíacos, a pessoa com morte cerebral não pode respirar sem ajuda de aparelhos. O Ministério da Saúde afirma que o processo de retirada dos órgãos pode ser acompanhado por um médico de confiança da família. Porém, ressalva-se que é imprescindível que a captação de alguns órgãos deva ocorrer enquanto ainda há circulação sanguínea para irrigá-los. Somente as córneas podem ser doadas com o coração parado (BRASIL, 2013a).

No Brasil, o número de doadores de órgãos aumenta de forma contínua e, por conseguinte as taxas de transplantes realizados no país também se elevam. O programa público nacional de transplantes de órgãos e tecidos é o maior do mundo, ficando atrás apenas dos EUA, quando somados os transplantes realizados pela iniciativa privada no país norte americano (BRASIL, 2013b). Embora os índices de doação e transplantes no Brasil sejam recordes, ainda há um longo caminho a ser percorrido, pois a necessidade por um órgão ou tecido, atualmente, no Brasil, gerou uma fila de aproximadamente 40.031 usuários que esperam por um transplante (ABTO, 2019). Chama-se atenção para o fato de 12.510 destes esperarem por um rim (ABTO 2019).

A seguir, encontra-se a Figura 1 que ilustra a rede relacional, entre o sistema de transplante Nacional e subsistemas onde os princípios ecossistêmicos da interação, inter-relação e interdependência estão presentes e são importantes para o processo de doação.

Figura 01: Sistema Nacional de transplantes e subsistemas



.

Fonte: Diagrama baseado na Literaturae elaborado pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira, 2020

As CIHDOTTs têm, entre outras atribuições, a responsabilidade pela busca ativa por potenciais doadores dentro dos hospitais onde atuam. Chama-se de potencial doador, quando o indivíduo passa pelos testes clínicos chamados de Protocolo de Morte Encefálica e tem confirmação do diagnóstico de ME, tornando-se um doador efetivo (MARTINI et. al., 2008).

Habitualmente, um usuário com possibilidade de se tornar um doador de órgãos recebe uma nomenclatura específica para cada fase do processo de diagnóstico e doação. Denomina-se um possível doador, o usuário que apresenta lesão encefálica grave e necessita de ventilação mecânica, porém, sem avaliação neurológica para diagnóstico de morte encefálica. Um potencial doador é quando se inicia a exploração neurológica para diagnóstico de morte encefálica. Doador Elegível é quando se confirma o diagnóstico de morte encefálica. Doador efetivo se dá quando inicia a cirurgia para remoção dos órgãos e Doador com órgãos transplantados é quando ao menos um órgão foi transplantado (MARTINI et. al., 2008; AMIB, 2014).

Para que um doador seja denominado de doador efetivo, deve-se atentar para alguns aspectos. No Brasil, se orienta que antes de iniciar um protocolo para diagnóstico de ME, o usuário deverá ter identificação e registro no hospital; saber a causa que levou ao coma do usuário; não estar com temperatura corporal inferior a 35ºC, hipotensão arterial ou efeito de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central, para assim, passar por dois exames neurológicos que avaliem o estado do tronco cerebral (BRASIL, 2016).

O governo brasileiro preconizou o protocolo para diagnóstico de morte encefálica por meio da Lei de Transplantes de 1997 e juramenta que os testes clínicos sejam executados por dois médicos não participantes de equipes de captação ou transplante de órgãos e tecidos. Além disso, exige que um dentre estes dois profissionais médicos que executam os exames clínicos seja neurologista. O diagnóstico de morte encefálica no Brasil é realizado através de testes clínicos, porém a lei define que após a confirmação da morte pelos médicos, um exame complementar de imagem ou métodos gráficos deverá ratificar tal diagnóstico (BRASIL, 2013a).

Muitos órgãos poderão ser doados pelo doador cadáver, entre eles o coração retirado do doador antes da parada cardíaca e com tempo de isquemia de seis horas; rins captados com até 30 minutos após a parada cardíaca e mantidos fora do corpo até 48 horas; fígado captado antes da parada cardíaca e mantido fora do corpo por no máximo 24 horas; pulmões retirados do doador antes da parada cardíaca e mantidos fora do corpo por no máximo seis horas; pâncreas retirado do doador antes da parada cardíaca e mantido fora do corpo por no máximo 24 horas; Válvulas Cardíacas e tecidos como as córneas retiradas do doador até seis horas depois da parada cardíaca e mantidas fora do corpo por até sete dias; medula óssea, se compatível, feita por meio de aspiração óssea ou coleta de sangue; pele retirada do doador até seis horas depois da parada cardíaca; cartilagem retirada do doador até seis horas depois da parada cardíaca; ossos retirados do doador até seis horas depois da parada cardíaca e mantidos fora do corpo por até cinco anos (BRASIL, 2013). Para doação entre doadores vivos existem leis específicas a serem seguidas, mas que não serão abordadas, nesse estudo, por não atender aos seus objetivos.

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

O transplante de órgãos difere dos demais procedimentos cirúrgicos tornando-o um procedimento singular, pois, necessita-se utilizar órgãos ou tecidos provenientes de um doador.

O problema concentra-se nos poucos casos de óbitos que permitem este procedimento. A remoção de órgãos de doador cadáver, na grande maioria dos casos, só é possível em usuários com morte encefálica. Em 2016, o Brasil obteve crescimento na taxa de doadores efetivos, de 14,1 pmp para 14,4 pmp e uma taxa de 50 potenciais doadores pmp (notificações). Entretanto, a taxa de efetivação, de apenas 29%, não foi elevada, devido à baixa taxa de doadores elegíveis (68,6%), que são aqueles dos quais foi completado o diagnóstico de morte encefálica e elevada taxa de recusa familiar (44%) (ABTO, 2016).

Exceto a Espanha, que possui taxa de doadores efetivos em torno de 45 pmp/ano, na maioria dos países desenvolvidos, esta taxa varia de 15 a 25 doadores pmp/ano (NORONHA et.al., 2012). No Brasil, a média está em torno de 14,4 pmp/ano; contudo, há diferenças regionais dentro do Brasil. No mesmo sentido de crescimento, o último levantamento de dados do Registro Brasileiro de Transplante mostrou que Santa Catarina se destacou no cenário nacional com 36 doadores/pmp e Rio Grande do Sul com 26 doadores/pmp (ABTO, 2016).

O Brasil, detentor de uma população aproximada de 200 milhões e com um milhão de mortes/ano, apresenta aproximadamente entre 10.000 e 17.000 casos de morte encefálica por ano. Contudo, o ano de 2005, foram notificados às Centrais Estaduais de Transplante apenas 4.714 casos e destes, 1.078 foram efetivados como doadores de órgãos, ou seja, uma taxa de 6,3 doadores por milhão de pessoas (ABTO, 2005).Garcia (2006), relatou que foram realizados no Brasil, até 2006, em torno de metade dos transplantes de córneas necessários, um terço da necessidade dos transplantes renais e um quarto da necessidade de transplantes hepáticos e uma fração muito menor de transplante de coração e de pulmão.

Nessa concepção, devido ao insuficiente número de doadores falecidos para atender a demanda, há um crescente número de usuários em lista de espera para transplante em quase todos os países e uma elevada taxa de morte em lista de espera para receber um órgão, estando em torno de 10 a 30%. Assim, fatores e elementos diversificados tornam-se fundamentais no Sistema Nacional de Transplantes (Figura 2), pois as funções específicas a nível hospitalar, com a busca ativa por possíveis ou potenciais doadores de órgãos, capacitações e educação continuada são tidos como possibilidades para o aumento das chances de obtenção de órgãos para transplantes.

A seguir encontra-se um quadro que sintetiza a legislação referentes à doação de órgãos e tecidos no Brasil e no mundo.

Quadro 05: Síntese da legislação nacional e internacional referente à doação de órgãos e tecidos

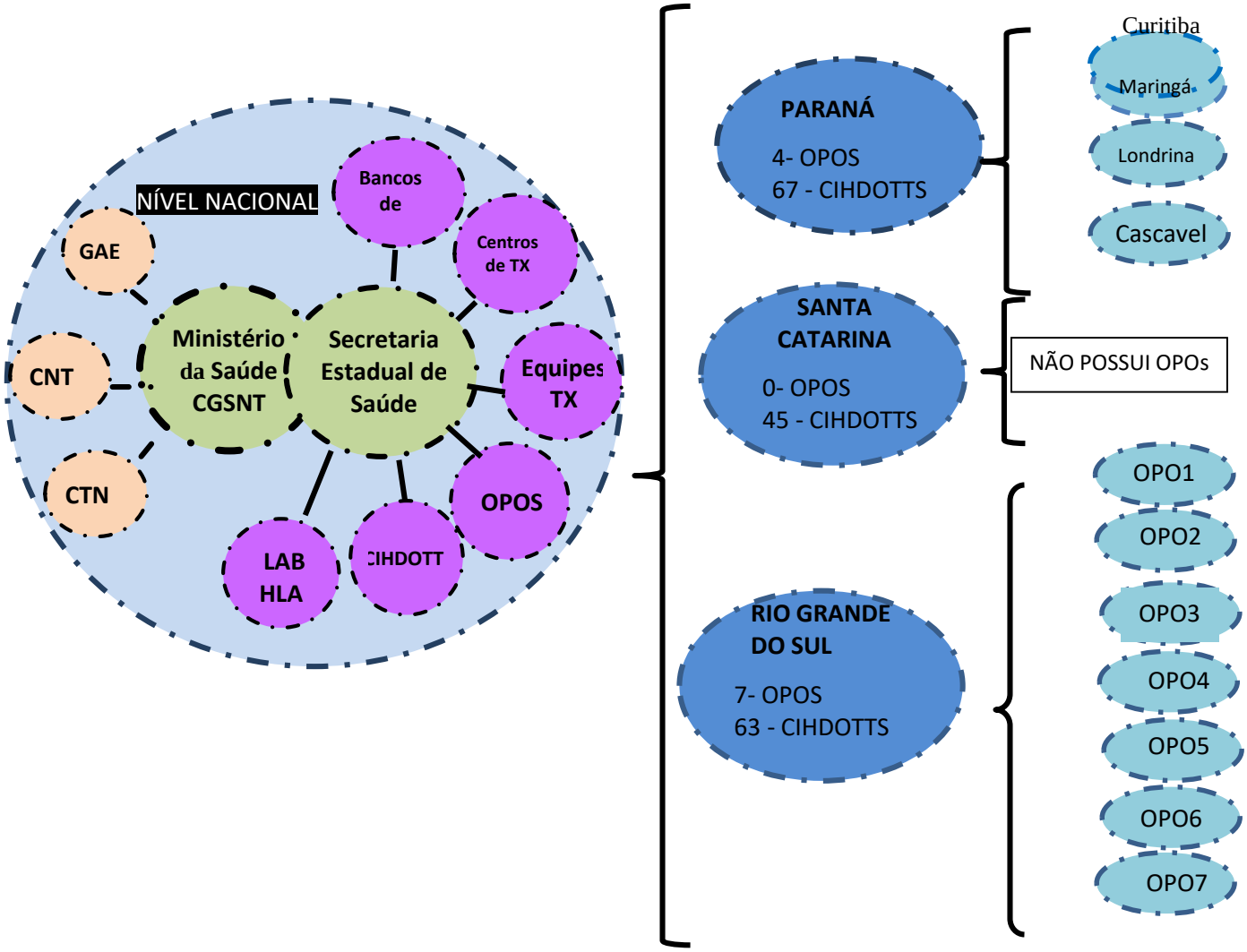
Ano	Documentos / Legislação	Assunto
1968	Consenso de Harvard /EUA	Determina os Critérios de ME
1992	Lei 8.049 / Brasil	Regulamenta o transplante de órgãos entre vivos
1997	Lei 9.434 / Brasil	Lei dos Transplantes, regulamenta a doação e captação de órgãos e tecidos de pacientes falecidos, trazendo o consentimento presumido como modelo no Brasil.
1997	Resolução CFM N.1480/ Brasil	Dispõem das competências médicas para realização do diagnóstico de ME.
1998	Medida Provisória N. 1718/ Brasil	Altera o modelo presumido para o modelo consentido, devido à baixa aceitação.
2000	Portaria N. 905 / Brasil	Estabelece as CIHDOTT nos hospitais brasileiros.
2004	Resolução COFEN N. 292/ Brasil	Dispõem sobre a normatização do enfermeiro frente à doação de órgãos e seus processos no Brasil.
2009	Portaria N. 2.600 / Brasil	Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

Fonte: Com base na literatura, organizados pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira, 2020.

Legendada Figura 02:

GAE – Gratificação de Atividade Executiva;
CTN – Câmaras Técnicas Nacionais;
CNT – Central Nacional de Transplantes;
CGSNT - Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes;
LAB HLA – Laboratórios de Histocompatibilidade;
CIHDOTT – Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
OPO – Organização de Procura de Órgãos
Equipes TX – Equipes de Transplantes
Centros de TX – Hospitais Centros de Transplantes

Figura 02 Sistema de transplantes no Brasil e OPOS da região sul do Brasil, 2020.



Fonte: Dados com base no Ministério da Saúde, 2017. Organizado pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira

2.4.1-Ecossistema hospitalar e o processo de doação e transplante de órgãos de tecidos

O termo ecossistema (*ecosystem*) foi criado por Tansley em 1935, que o considerou como a unidade funcional da ecologia a expressar a totalidade do um conjunto de organismos suas relações com o meio ambiente e as trocas que ocorrem entre os componentes. Portanto, o ecossistema engloba os elementos/organismos com vida (bióticos) e os sem vida (abióticos) em espaço e tempo definidos que formam uma unidade/totalidade que se relacionam, interagem e se inter-relacionam, produzem energia, mudanças e transformações. Essas unidades funcionais da ecologia, conforme Tansley são dos mais variados tipos e tamanhos de totalidades que

podem significar desde o universo/o *cosmos*, como um todo, até o átomo, possibilitando infinitas mudanças e representações obtidas pelas relações que se processam continuamente entre a totalidade dos componentes.

Etimologicamente, a palavra ecossistema é composta pelo prefixo eco que deriva do grego "*oîkos*", que significa casa/espaço/ambiente, e o termo sistema originada do latim *"sýstēma",* que significa um conjunto de elementos interdependentes de modo a formar um todo organizado, constituindo uma totalidade/unidade . Alguns ecossistemas se desenvolvem de modo gradual e constante devido as suas capacidades de relações, integrações, mudanças e transformações de ajuste à realidade (TANSLEY, 1935).

Este modo de perceber o mundo e o espaço que nos circunda e no qual se está inserido de forma inter-relacionada, interdependente e com influência mútua entre todos os elementos, é discutido desde os tempos remotos da antiguidade. Segundo Abreu (2013) Platão refere-se nos seus relatos, ao mundo como um sistema também Aristóteles nos seus discursos menciona noções holísticas vistas como totalidade. Essas são algumas referências discutidas desde a antiguidade. Posteriormente, na década de 1920, várias disciplinas iniciaram a debater as características do pensamento sistêmicos, sendo os biólogos europeus os pioneiros em abordar o pensamento sistêmico. No entanto, o entendimento sistêmico como uma teoria foi acentuado por Ludwig Von Bertalanffy, em 1950, há70 anos. Seus estudos e ensaios, na década de 1950, sobre as concepções teóricas e práticas acerca dos princípios e teoria sistêmica, compilaram e consolidaram a chamada Teoria Geral dos Sistemas (BERTALANFY, 2013).

Bertalanffy (2013) observou que algumas ciências têm validade para outras, criticando o modo como às ciências são estudadas pela especificação e compartimentalização. Assim, apoia sua teoria sistêmica em três premissas: sistemas existem dentro de sistema, os sistemas são abertos e sua função varia conforme sua estrutura. Nesse sentido, as premissas da Teoria Geral dos Sistemas contribuíram para que avanços no pensamento sistêmico continuem sendo alcançados. Tal conhecimento que emergiu nessa esfera conceitual direcionou e direciona para um novo modo de pensar, agir e fazer frente ao ambiente em que se vive, propõe a abandonar a visão cartesiana reducionista, hierárquica, linear, mecanicista, visão do homem máquina e substitui-lo pelo Pensamento Sistêmico.

Bertalanfy (2013), define um sistema como um conjunto de elementos que possuem relações, inter-relações, e diferenciam-se no seu estilo somativo, ou seja, pelo número de elementos e suas espécies constituintes. Ainda, seu caráter constitutivo é determinado pelas relações mútuas entre os elementos e espécies envolvidos. Portanto, os elementos são as partes que compõem o sistema, que podem ser vistos como organismos ou elementos e estão

dinamicamente relacionados entre si, mantendo uma contínua interação, sendo o comportamento de um elemento a representação de suas relações com os demais (MEDEIROS; SIQUEIRA 2013).

Tansley (1935) considerava que preconceitos conduzem a perceber os sistemas e ecossistemas como unidades básicas da natureza sob a face da terra, considerando os organismos - no sentido do biólogo - como as partes mais importantes desses sistemas. Contudo, os fatores inorgânicos (abióticos) também são partes importantes, pois não poderia haver sistemas sem os mesmos e seria incorreto pensar em intercâmbios apenas entre os organismos vivos, já que o ecossistema é a totalidade de elementos de uma determinada realidade (TANSLEY, 1935). Neste sentido, como já afirmado, Odum (2004), considera que o ecossistema contempla elementos vivos (bióticos) e não vivos (abióticos), que se inter-relacionam, influenciam-se mutuamente e constituem uma totalidade/unidade.

Na prática, delimitar o todo, torna-se muito difícil, pois não se conhece o início ou término de cada parte e, assim, nessa interação, as partes e o todo se influenciam mutuamente e se modificam constantemente Portanto, o todo é dinâmico, evolucionário e criador, não podendo ser considerado uma mera agregação mecânica de partes (MEDEIROS; SIQUEIRA, 2013). Sendo assim, com base no Pensamento Ecossistêmico não é possível compreender o todo a partir de suas partes isoladamente, pois, **o todo é maior do que a soma das partes** (CAPRA 2006, BERTALANFY 2013). Dessa maneira os elementos constituintes do ecossistema ao relacionar-se entre si, a partir de suas relações formam uma rede sistêmica interconectada e inter-relacionada, tornando os sistemas estruturas complexas, que não podem voltar ao seu ponto de origem porque as relações entre esse conjunto sistêmico produzem energia, mudanças e transformações que tornam impossível ao retorno à origem, compondo o pelo princípio da irreversibilidade, além de expressar uma grande complexidade.

A complexidade, conforme o entendimento sistêmico é, essencialmente, definida pelas inter-relações e pelos processos, onde cada elemento está relacionado e inter-relacionado com os demais do conjunto da realidade, afeta e é afetado pelas ações e pelas ideias de todos os demais (TORRES, 2015). As recentes ciências da complexidade negam o determinismo, e insistem na criatividade em todos os níveis da natureza (PRIGOGINE, 2009). Corroborando com esse conceito, Medeiros e Siqueira (2013) consideram que um ecossistema é uma rede formada por elementos e várias conexões dinâmicas e interligadas entre si. É esse conjunto e suas relações que torna o ecossistema uma estrutura complexa, constituída por infinitas redes interconectadas que se influenciam, energizam, trocam energia são autopoiéticas, ou seja auto organizadas. A organização de redes menores, que se formam dentro de sistemas e redes

maiores, evidencia que não há composições hierárquicas, o que existe são apenas redes interconectadas umas às outras que se inter-relacionam e produzem algo novo que não se encontra presente em nenhum dos elementos constituintes da rede anterior.

Nessa acepção, os ecossistemas são totalidades, não importa o tamanho, onde suas composições específicas são resultados das interações e da interdependência entre suas partes. Assim sendo, os ecossistemas são dinâmicos cuja atividade é realizada por um processo conhecido como transação. Portanto, denomina-se transação toda e qualquer interação simultânea que ocorre de modo mútuo entre os múltiplos componentes do sistema (CAPRA, 2006; CAPRA e LUISI, 2014). Assim sendo, a existência de interações entre os organismos/elementos significa que características novas surgem a partir de suas relações, num processo dinâmico e contínuo. Contudo, para que haja interação, os elementos necessitam estar acoplados estruturalmente (MATURANA; VARELA, 2011). Logo o acoplamento é próprio dos sistemas autopoiéticos, expressa a sua dependência e relação e possuem a capacidade de se autoproduzir-se, realizar a organização e manutenção do sistema, enquanto alteram a estrutura para adequar-se ao meio e renovar-se na criação de novas conexões em rede (MATURANA; VARELA, 2011). O acoplamento leva a entender a dependência de cada elemento dos demais, pois é necessário para a sobrevivência.

Assim, o resultado das interações que se originam a partir das relações entre os elementos do ecossistema, dá segmento a uma nova característica sistêmica que é a conectividade. As conexões são definidas pela capacidade de estabelecer relações sistêmicas, ou seja, como vínculos ou ligações que facilitam e promovem a interatividade e a interdependência existentes entre o sistema e os elementos que compõem o ambiente (SIQUEIRA, 2001; CAPRA, 2006; MATURANA; VARELA, 2011; SIQUEIRA et., al.,2018). É por meio dessas inter-relações sempre dinâmicas que ocorrem as trocas de energia, matéria ou informações que sustentam o sistema e pela sua dinâmica conduzem os sistemas para a instabilidade, criando infinitas probabilidades que regem os sistemas para a adaptação e auto-organização frente aos constantes pontos de perturbações.

Capra e Luisi (2014), corroboram ao considerar que os sistemas são compreendidos por uma rede autogeradora, autoorganizadora, dinâmica e em constantes perturbações e flutuações que levam a variadas bifurcações que conduzem a escolhas. Assim sendo, as mudanças e transformações se processam na instabilidade. Portanto, sempre que houver uma instabilidade no sistema, devido a uma perturbação e flutuações, essa leva a bifurcações, indica novos caminhos ou possiblidades que podem ser seguidos. Para Prigogine (2009), os sistemas são, estruturas que, são constantemente desestabilizados pelas chamadas estruturas dissipativas,

oscilações e quebras da harmonia que levam a perturbações nos sistemas. Assim, as bifurcações são processos aleatórios, espontâneos, não determinados e que originam muitas possibilidades abertas para a sua evolução, e mudanças provocadas por perturbações, decisivas no processo de auto-organização desses sistemas dinâmicos (PRIGOGINE, 1996; CAPRA, 2006)). Neste sentido, pode-se afirmar que a energia, a matéria e a informação armazenada é o que permite que o sistema desenvolva sua autonomia de ser e existir.

Nesse contexto, sua aplicabilidade, frente a diversidade de acontecimentos, evidencia-se muito indicada na conjuntura atual, pois nos tornamos cada vez mais desamparados diante de tanta complexidade mundial. Para Senge (2017), essa talvez seja para a humanidade a era que pela primeira vez, se consegue produzir mais informações do que se pode absorver, de gerar um grau de interdependência muito maior que a habilidade humana pode administrar e gerenciar e, mudanças que se processam cada vez de forma rápida que se tornam muito difíceis de acompanhar e de entender.

A seguir encontra-se um quadro que resume os conceitos dos teóricos sistêmicos utilizados nessa pesquisa.

Quadro 06: Síntese acerca dos conceitos relativos ao sistema e ecossistema e respectiva cronologia

Teóricos	Ano	Conceitos
Jan Christian SMUTS	1926	Deu origem ao termo Holismo sendo o precursor do paradigma holístico atual. Postulava um princípio organizador de totalidade, onde sustenta a existência de uma tendência holística integradora e fundamental no Universo.
Arthur George TANSLEY	1935	Qualquer unidade (biossistema) que abranja todos os organismos que funcionam em conjunto (a comunidade biótica) numa dada área, interagindo com o ambiente físico de tal forma que o fluxo de energia produza estruturas bióticas claramente definidas e uma ciclagem de matérias entre as partes vivas e não vivas.
Ludwig von BERTALANFFY	1950	Criticou a visão de que o mundo é dividido em diferentes áreas, como física, química, biologia, psicologia, etc. Ao contrário, sugeria que se deve estudar sistemas globalmente, de forma a envolver todas as suas interdependências, pois cada um dos elementos, ao serem reunidos para constituir uma unidade funcional maior, desenvolvem qualidades que não se encontram em seus componentes isolados.
Frank GOLLEY	1960	Uma vez herdada a metodologia hipotético-dedutiva da física, os estudos com sistemas ecológicos tinham como foco o fluxo de energia, matéria e informações. Neste método, o foco estava no fluxo e na rede de informações
Fritjof CAPRA	1970	compara o pensamento cartesiano, reducionista, modelo desenvolvido nos últimos séculos, e o paradigma emergente do século XX, o holismo ou sistêmico em vários campos da

		cultura ocidental atual, como a medicina, a biologia, a psicologia e a economia.
MATURANA E VARELA	1970	Aprimorou o conceito de Autopoiese, explica como se dá o fechamento dos sistemas vivos em redes circulares de produções moleculares, em que as moléculas produzidas com suas interações constituem a mesma rede que as produziu e especificam seus limites. Ao mesmo tempo, os seres vivos se mantém abertos ao fluxo de energia e matéria, enquanto sistemas.
Ilya PROGINE	1977	Recebeu o Nobel de Química de 1977, pelos seus estudos em termodinâmica de processos irreversíveis com a formulação da teoria das **estruturas dissipativas**. Foi co-fundador do atual Centro para Sistemas Quânticos Complexos.
Eugene ODUM	1988	Afirma que o ecossistema é **determinístico**, ou seja, possui um direcionamento e é autorregulado pelas propriedades presentes no próprio ambiente. E o grau em que os ecossistemas realmente operam como sistemas gerais, da mesma forma que os sistemas físicos bem compreendidos, e se são ou não auto-organizadores, à maneira dos organismos, ainda são assuntos de pesquisa e debate.
Fritjof CAPRA, Pier Luigi LUISI	2014	Nova visão que transcende a visão determinística e origina um novo paradigma: o pensamento "sistêmico". Capra e Luisi trazem, os muitos conceitos, modelos e teorias dessa nova compreensão científica da vida em um arcabouço coerente.
Peter SENGE	2017	Senge nos ensina sobre as cinco disciplinas, sendo elas complementares, ou seja, elas arquitetam juntas em busca de um só objetivo: tornar a organização que aprende em aprendizagem coletiva. As cinco disciplinas são: o domínio pessoal, modelos mentais, visão compartilhada, aprendizagem em equipe, e pensamento sistêmico. A que o autor se dedica mais é o pensamento sistêmico por ser considerado como "o alicerce de organização que aprende".

Fonte:Baseado na revisão de literatura organizado pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira, 2020.

2.4.2. O hospital visto como um ecossistema

A resposta a essa inquietude depende do ponto de vista que cada um possui acerca do que é um hospital, sua abrangência de serviços e ações, sua finalidade e utilidade social. Portanto, muitas pessoas, dependendo das suas concepções sobre o ambiente hospitalar, talvez, vejam essa instituição exercendo uma atividade pontual, restrita, específica, hierárquica, reducionista, em que cada um busca cumprir sua atividade, sem se preocupar com o todo. Esse modelo, com base no paradigma cartesiano com visão mecanicista do mundo, da certeza e do uso do método analítico, criado por Rene Descartes no século XVII em 1619propõe o uso da decomposição do objeto em estudo, reduzindo-o apartes cada vez mais simples.

Entretanto, outro grupo, com base em um olhar mais ampliado e na teoria, filosofia e princípios do Pensamento Ecossistêmico, certamente veem essa realidade composta de elementos vivos/ bióticos e não vivos/abióticos, constituindo uma rede relacional entre os elementos constituintes para exercer as finalidades pelas quais foi criado. Nessa percepção configura-se comum espaço dinâmico, interconectado entre todos os elementos, serviços, ações que constituem esse espaço e com o ambiente no qual se encontra, formando um sistema. Como sistema tudo e todos que formam-se influenciam e é influenciado pelos mesmos, produz energia, se auto-organiza e se reconstrói criativamente de maneira contínua. Nesse sentido, compreender o hospital como um sistema ou ecossistema, permite percebe-lo de modo integrado, interdependente e inter-relacionado. Capra (2006) menciona que esse novo paradigma – Pensamento Sistêmico - concebe o mundo como um todo interligado, não podendo ser entendido como diversas partes dissociadas. As empresas, as pessoas e os outros feitos humanos também são sistemas e estão igualmente ligados por conexões invisíveis por meio das ações inter-relacionais (SENGE, 2017).

Santos, Siqueira e Silva (2009) e Siqueira et. al., (2018), por analogia, consideram que o ecossistema é entendido como um conjunto de elementos/organismos que interagem entre si, mantendo relação com o espaço em que coabitam, formam um totalidade/unidade e tem o ser humano como elemento integrante dessa comunidade/realidade. O conjunto de organismos/elementos, que estruturam essa realidade, aqui o hospital e mais especificamente em relação ao processo de doação de órgãos e tecidos, são capazes de construir redes de relacionamentos no local em que a atividade é exercida. Enquanto os elementos, se organizam, se auto organizam e se desenvolvem de forma interligada por meio da interação, interdependência, influência mútua dos elementos/organismo que formam a realidade, buscam concretizar as ações afetas, estudando as relações que se processam na realidade em estudo.

Nessa acepção, refletir sobre o processo de doação de órgãos permite olhar com atenção para o ecossistema hospitalar e sua composição de elementos/organismos que o compõem. Isso, porque a doação e transplante de órgãos é um processo que se realiza no ecossistema hospitalar constituído por uma rede inter-relacionada de vários elementos/organismos, ou seja serviços e ações capazes de possibilitar uma assistência complexa para o diagnóstico, manutenção e ações relacionadas ao transplante de órgãos e tecidos que no pensamento ecossistêmico podem ser considerados um sistema menor interligado a um maior. Tem-se, portanto, o ecossistema hospitalar como um sistema maior ao qual a CIHDOTT está interligada e contempla um ambiente social, composto por elementos bióticos (vivos) e abióticos (não-vivos) que se

influenciam e são influenciados mutuamente e que podem convergir para um processo de doação de órgão em benefício da sociedade.

O Hospital e a doação de órgãos e tecidos, considerados ecossistemicamente, possuem as mesmas características: a inter-relação, a dinamicidade, a circularidade, a interdependência, a conectividade, a interação, a criatividade, a auto-organização, a complexidade, entre outros princípios, pois cada um pode ser visto como um sistema. Assim a instituição por meio de seus serviços e ações, formadores dessa realidade busca contribuir, por meio da equipe de enfermagem e demais profissionais da instituição hospitalar, especialmente da CIHDOTT, de modo eficaz ou não, a alcançar êxito na relação entre os familiares do potencial doador no processo de doação.

Assim, entende-se que cada unidade de internação, cada serviço, os profissionais, usuários e familiares, a estrutura física se conecta ao ecossistema hospitalar formando uma rede interdependente e inter-relacionada que influenciam no processo da doação de órgãos e tecidos. Por analogia, cada entrada de usuário origina uma nova rede no hospital que, frente à presente temática, inicia com a entrada de um possível doador de órgãos. Ainda na emergência, há necessidade de diversos exames sejam eles séricos, gráficos ou de imagem, são acionados diversificados setores e serviços. Esses, por sua vez, possuem outros tantos elementos/organismos a cooperar e participar dessa nova rede que inicia, entre os quais: o sistema administrativo que processa a internação do usuário, uso de protocolos; serviço de prontuário médico em que ficam guardados as internações prévias, também constituem elementos adicionados à rede inter-relacional que se forma à nível intra-hospitalar.

Desse modo, iniciam-se as inter-relações entre unidade de emergência, atuação dos serviços de portaria e recepção que envoltos a inúmeros elementos físicos como computadores, área física, telefone, Engloba, também os profissionais que atendem nesses espaços dando informações sobre a Instituição, seus serviços, suas normas, seu funcionamento de internação, dando assistência e coletando dados provenientes da família, e seu encaminhamento para uma das equipes assistências. Esses utilizam não somente a estrutura física, equipamentos (elementos abióticos) como também os biológicos (bióticos) disponíveis, possibilitando a assistência e cuidados ao usuário e família. No caso de usuário em estado grave de saúde, é importante que seja internado em unidades de tratamento intensivo (UTIs) e que os serviços de assistência social e psicologia sejam comunicados, caso a família necessite de acomodações, roupas ou amparo psicológico.

Svaldi e Siqueira (2010) entendem o ambiente hospitalar como um sistema social dinâmico constituído por diversos elementos físicos e sociais que se manifestam em constante

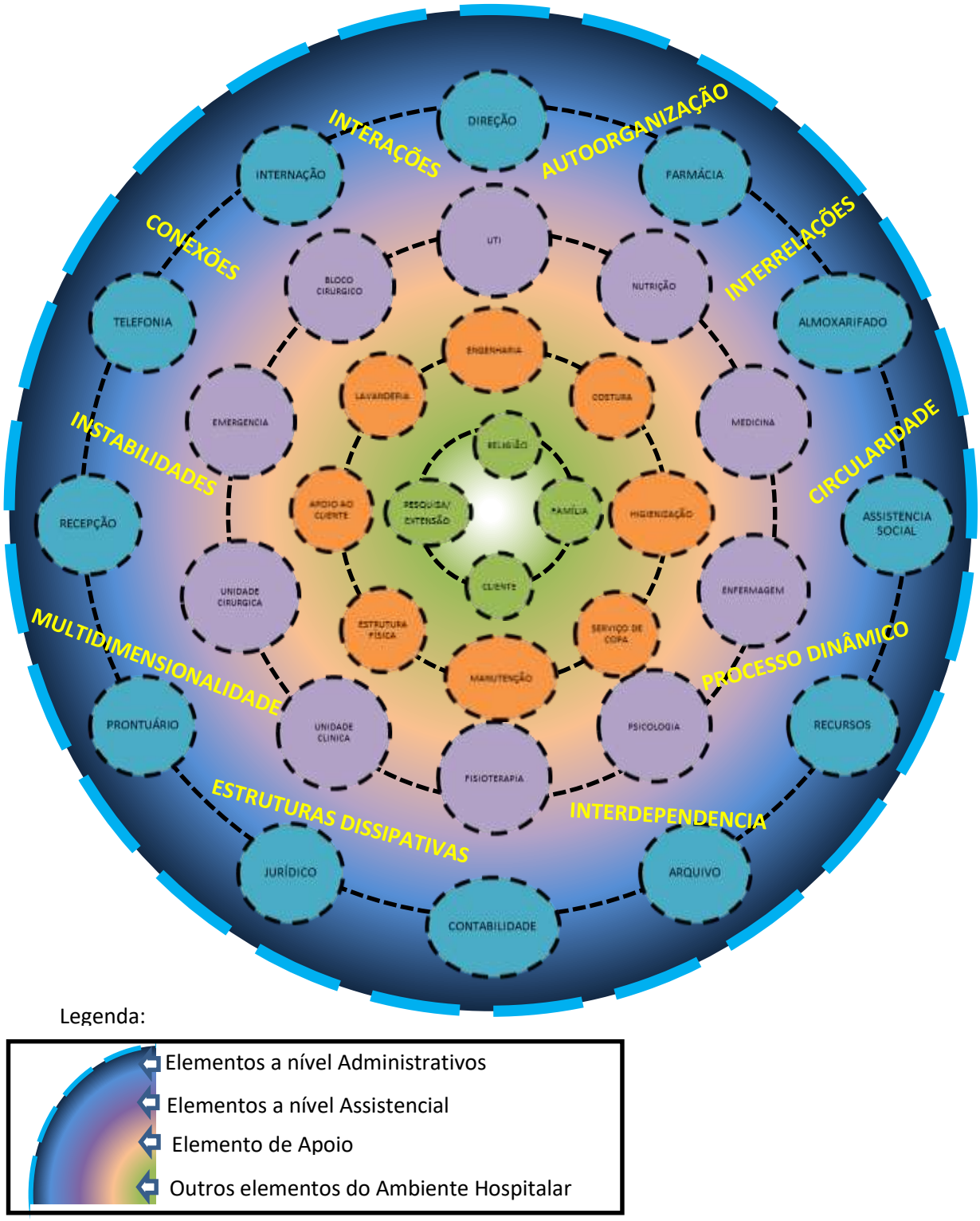
interação. Dentre os elementos físicos, encontram-se, as múltiplas unidades de trabalho, que interagem entre si para oportunizar ao usuário o suprimento de suas necessidades. Como já referido, elas contemplam a área física, equipamentos hospitalares, mobiliário, fluxogramas de processos de trabalho, metodologias, software e informática. E por outro lado, os elementos sociais, aqui representados pelas equipes multiprofissionais, pelo conhecimento, informação e comunicação, que, de forma interdependente, se inter-relacionam e se influenciam compondo, assim, o todo da instituição hospitalar. Na figura 03 apresenta-se um diagrama com os principais grupos de elementos constituintes do ecossistema hospitalar.

Nessa linha de pensamento, inúmeros são os elementos biológicos (bióticos) e físicos (abióticos) físicos que compõem o ecossistema hospitalar desde a estrutura física, os recursos tecnológicos, os profissionais da saúde, os da área administrativa/gerencial, os serviços de apoio e suporte, como a lavanderia, nutrição, farmácia, laboratórios clínicos, de imagens, entre outros, todos se inter-relacionam, se influenciam mutuamente por meio da rede de relações e que podem conduzir a efetividade ou não da doação de órgãos.

Para entender o ambiente hospitalar na perspectiva ecossistêmica, é necessário apreendê-lo como sistema composto por diversos elementos que interagem em busca da máxima eficiência institucional. Neste sentido, o ecossistema hospitalar deve estar atento para a sustentabilidade e concentrar-se em uma nova possibilidade de produzir, sem acarretar prejuízos ao espaço e nem aos seres humanos envolvidos nesse processo, buscando a sustentabilidade saudável (SVALDI; SIQUEIRA, 2010; FANTE e MORAES, 2012).

Desta maneira, o estudo das relações e inter-relações que se processam no ambiente hospitalar levam a novas possibilidades a partir de flutuações, perturbações, instabilidades e respectivas bifurcações que são capazes de interferir e originar fatores favoráveis e ou desfavoráveis, também para a doação de órgãos e tecidos para transplante. Na medida em que são evidenciados os diversos pontos de bifurcações, novas relações são firmadas e a complexidade do sistema aumenta, elevando por consequência as relações de interdependência entre os elementos prejuízos ao espaço e seres humanos envolvidos nesse processo, pois o ser humano, segundo o PE representa um dos elementos da realidade (SVALDI e SIQUEIRA, 2010; FANTE e MORAES, 2012).

Figura 03: Organização do ecossistema hospitalar



Fonte: Dados com base na revisão de literatura organizados por Tolfo e Siqueira (2020).

Em analogia ao PE, a evolução das unidades de tratamento intensivo tiverem avanços e êxito, devido as sucessivas flutuações, instabilidades e perturbações originadas com a descoberta de novas tecnologias, novos conhecimentos na área médica (CAPRA e LUISI, 2014). Essas perturbações, levaram a bifurcações que conduziram a optar pelos múltiplos caminhos ou atitudes a serem tomadas, frente aos novos conhecimentos da saúde. As opções escolhidas orientaram a estruturação nas áreas, serviços e ações hospitalares para adequá-las ao novo modo de atenção médica a pacientes em estado crítico – as UTIs. Como nos demais conjuntos de serviços.

Assim, o processo de doação de órgãos e transplante foi sustentado devido ao advento das Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), que possibilitaram aos usuários em estado crítico obter suporte ventilatório e hemodinâmico, abrindo espaço para a manutenção dos órgãos após o diagnóstico de morte encefálica. No Brasil, as UTIs com suporte ventilatório surgiram no final da década de 1960, representando um marco importante, dentro dos progressos obtidos pelos hospitais, visto que os usuários em estado crítico eram tratados, anteriormente, nas próprias enfermarias sem condições adequadas e necessárias a sua situação crítica de saúde (BRASIL, 2013).

Inseridas no ecossistema hospitalar, as CIHDOTTs são realidades importantes desse ambiente, para o desencadeamento de muitas ações no processo de identificação do possível doador, diagnóstico, manutenção, entrevista familiar para obtenção de autorização para doação, agindo tanto no nível intra-hospitalar, como meio de inter-relação e interconexão com as demais estruturas extra-hospitalares, como o Sistema Nacional de Transplantes, como a OPO a nível regional, e a Central Estadual de Transplante e equipes de captação de órgãos, a nível estadual (Figura 1). Portanto, o Sistema Nacional de Transplante é coerente com o Pensamento Ecossistêmico ao aplicar seus princípios na sua estrutura e compartilhamento de suas ações (Figura 3).

Bertalanfy (2013) confirma que há sistemas dentro de outros sistemas e que os sistemas são abertos, sendo seu desempenho intimamente relacionado de acordo com a sua estrutura. Em analogia, as CIHDOTTs no Brasil são ecossistemas que juntamente com outros ecossistemas como as Centrais Estaduais de Transplantes, Organização de Procura de Órgãos, laboratórios de análises clínicas entre outros departamentos, se inserem em um sistema maior que é o Sistema Nacional de Transplantes brasileiro, que faz parte de um sistema maior ainda chamado Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa comissão tem como principais funções: detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital, viabilizar diagnóstico de morte encefálica, conforme

resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 1480/97, criar rotinas para oferecer aos familiares de usuários falecidos no hospital a possibilidade de doação; articular-se com a Central Estadual de Doação e Transplante do respectivo Estado, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos. Também deve responsabilizar-se pela educação permanente dos profissionais da instituição sobre os aspectos da doação e transplantes de órgãos e tecidos e articular-se com todas as unidades de diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação (BRASIL, 2013).

Marques et. al., (2013), mencionam a importância da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos e a busca por potenciais doadores, explicando que é necessário enfatizar a dinâmica da CIHDOTT, pois evidenciam que o conhecimento sobre seu trabalho e funcionamento ainda é pouco divulgado no meio intra-hospitalar. Entretanto, estudo realizado por Santos e Massarollo (2011) mostrou que os aspectos que facilitam e dificultam a abordagem relacionada à doação de órgãos e tecidos para transplante não podem ser totalmente controlados pelo profissional que faz a entrevista, pois outros vários fatores estão relacionados a esse processo, entre os quais: a vontade em vida pelo potencial doador em ser doador, os esclarecimentos dados aos familiares pelas equipes assistenciais e as ações que envolvem outros profissionais no período de internação, entre outros.

Sob essa ótica, um estudo recente sobre as responsabilidades do enfermeiro no processo de doação e transplante de órgãos evidenciou que esse profissional é um colaborador na equipe multiprofissional de especialistas, promovendo um cuidado de qualidade (MENDES et. al., 2012). Neste sentido, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) determinou que, ao enfermeiro de CIHDOTT, incumbe planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados aos doadores, por meio dos protocolos preconizados pelo programa nacional de transplantes. E ressaltou que ao enfermeiro cabe a assistência de enfermagem, em todas as fases do processo de transplante de órgãos e tecidos (COFEN, 2004).

Assim, percebe-se que o ecossistema hospitalar pode e deve contribuir, positivamente, nas atitudes familiares diante da tomada de decisão sobre doação de órgãos. Ávila et al. (2013) comentaram que o enfermeiro deve zelar para que o diagnóstico de morte encefálica seja realizado nos padrões estabelecidos e garantir que a vontade ou não da doação de órgãos, seja uma escolha da família.

2.5 - O enfermeiro Membro de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante

A legislação brasileira acerca das CIHDOTTs reforça a grande importância do profissional enfermeiro na sua função como membros integrante dessa comissão. Esse reconhecimento encontra-se explicitado no artigo 15 da Portaria n° 2.600/09 que estabelece:

> *A CIHDOTT deverá ser instituída por ato formal da direção de cada estabelecimento de saúde [...] e ser composta por, no mínimo, três membros integrantes de seu corpo funcional, dos quais um, que deverá ser médico ou enfermeiro, será o Coordenador Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (BRASIL, 2009, p06).*

O código de ética profissional da enfermagem menciona a enfermagem como uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida das pessoas, suas famílias e sociedade, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, em consonância com os preceitos éticos e legais (COFEN, 2004). Nessa perspectiva, o enfermeiro torna-se um componente essencial e decisivo na equipe multiprofissional das CIHDOTTs. A notável importância da atuação do enfermeiro, sob o olhar da equipe da saúde, mostra que o enfermeiro desempenha função significativa nas inter-relações da equipe de saúde (SIQUEIRA 2001; BACKES et.al., 2008). Dentre os participantes da equipe multiprofissional da saúde, o enfermeiro é visto em uma posição estratégica e de referência na equipe, facilmente identificado pela sua liderança, trabalho em equipe e valorização dos diferentes saberes.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) determina que ao enfermeiro membro das CIHDOTTs compete planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados aos doadores, por meio dos protocolos preconizados pelo programa nacional de transplantes. Ele é responsável pelo cuidado a usuários possíveis e potenciais doadores de órgão e família, incumbindo-lhe a sistematização da assistência de enfermagem, além de atuar desde o acompanhamento pré e pós-transplante de forma ambulatorial e nos transplantes no ambiente hospitalar (COFEN, 2004). Nesse sentido, as responsabilidades do enfermeiro no processo de doação e transplante de órgãos evidenciam que o enfermeiro é um colaborador na equipe multiprofissional, juntamente com outros especialistas, promovendo um cuidado de qualidade (COFEN, 2004; BRASIL, 2009; MENDES et al, 2012,).

Contudo, na literatura são comprovadas barreiras que interferem negativamente no processo de doação de órgãos, entre os quais, motivos ou fatores que levam ao não reconhecimento dos possíveis doadores, a recusa familiar para doação, entre outros, representam barreiras que os enfermeiros enfrentam, frequentemente, quando envolvidos no processo de doação. Um estudo brasileiro corrobora ao mencionar que a atuação do enfermeiro, frente à doação de órgãos no Brasil e no mundo, são influenciados negativamente por fatores como medo, estresse, religião e falta de conhecimento. Por outro lado, também, existem falhas em aspectos relacionados à logística, tais como falta de leitos de unidades de terapia intensiva ou equipamentos para diagnóstico de morte encefálica e/ou falta de neurologista ou neurocirurgião têm se caracterizado como um limitador importante (SILVA et. al., 2015). Além disso, o enfermeiro se depara com os problemas para lidar com apoio psicológico adequado para a família e, ao mesmo tempo, levantar a questão da doação de órgãos (ARAUJO e MASSAROLLO, 2014).

Evidências mostram que a falta de conhecimento tem um efeito negativo sobre a atitude das pessoas em relação à doação de órgãos e que os enfermeiros não se sentem confiantes no processo de doação, pela falta de experiência, concluindo que eles precisam de mais conhecimento sobre a ME e o processo de doação de órgãos (JEON et al., 2012; MEYER et al., 2012).Segundo Swain, 2011; Hart, 2012; AGUIAR et. al., 2016), aproximadamente um terço dos prestadores de cuidados críticos não foram formalmente educados para o processo de doação de órgãos o que pode justificar a limitação dos enfermeiros em muitos processos de doação de órgãos.

Por outro lado, elementos como proximidade do usuário e familiar, habilidades de comunicação, conforto ao usuário e familiar, são citados como fatores positivos que tornam o enfermeiro um profissional imprescindível no processo de doação de órgãos, em qualquer país (TOLFO e CAMPONOGARA, 2017). Um estudo sueco referencia que o enfermeiro é profissional decisivo para a identificação precoce de possíveis doadores, pois está vinte e quatro horas por dia junto ao usuário (FLÓDEN, 2009). Percebe-se, desse modo, o quanto é importante a participação do enfermeiro mesmo antes do início do processo de doação de órgãos. Nesse sentido, uma pesquisa feita na Holanda com enfermeiros e médicos de UTIs, revelou que as enfermeiras desempenham ação importante na abordagem familiar, pois são capazes de obter a opinião dos familiares, mesmo antes do pedido médico para doação órgãos (GROOT et. al., 2014). Esse estudo corrobora com pesquisa feita na Suécia, a qual registra fatores importantes que levaram a atitudes positivas dos enfermeiros no processo de doação foram a antiguidade, a

experiência de trabalho, a participação em conversas com parentes, cuidar de pessoas com morte cerebral e experiências privadas de obtenção de órgãos ou transplante de órgãos (FORESBERG et al., 2015).

Outros estudos relataram que vários fatores externos influenciam na doação de órgãos, entre esses citam-se: experiência em processo de doação, educação formal, fator social, cultural e religioso (JEON et. al., 2012; Pessoa et. al., 2013; Aguiar et. al., 2016).

Em relação ao médico, Westphal et. al., (2016), menciona que o médico é o profissional habilitado a fazer o diagnóstico de morte encefálica. Ele necessita realizar exames clínicos para abrir o protocolo de morte encefálica, no qual irá depender do laboratório de análises clínicas, radiologia, evolução e cuidados do enfermeiro e técnicos de enfermagem, além de outro médico especialista em neurologia, além dos muitos outros recursos tecnológicos. Ele, também, como o enfermeiro, encontra barreiras e dificuldades para efetivar as suas atividades nesse processo. Percebe-se que o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante envolve um processo complexo

Nessa acepção percebe-se que grande parte das barreiras dos enfermeiros e médicos estão associadas falta de um trabalho de interação e interdependência entre todos os integrantes da CIHDOTT ou seja uma visão sistêmica para desenvolver o processo da doação de órgãos e tecidos. Essa nova percepção da realidade torna-se cada vez mais indicada para unir os esforços, para agir com habilidade, diálogo, ciência, bem como ampliar os conhecimentos coletivamente permitindo maior segurança e efetividade no processo de doação e comunicação com a família,

A interação sistêmica/ecossistêmica entre os elementos/organismos no espaço hospitalar, especialmente da CIHDOTT, nosquais se inclui o enfermeiro, representa a construção de uma rede interdependente e inter-relacionada dando a compreender as relações entre todos os componentes. Essa compreensão ampliada possibilita um processo paradigmático dinâmico e gradual, que requer o engajamento fiel e responsável do enfermeiro por meio de ações empreendedoras e propositoras de novos referenciais teórico-práticos (BACKES et. al., 2016). Desse modo, pensar o todo traz uma visão de que tudo e todos estão interligados, por meio de relações de dependência (CAPRA e LUISI, 2014)

Nessa conjuntura, pode-se afirmar que o enfermeiro membro de Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante é um elemento fundamental no processo de doação e transplante de órgãos. É um profissional que, para desempenhar sua função, apodera-se e inter-relaciona-se com os mais variados elementos existentes no

ecossistema hospitalar e desenvolve, a partir dessas relações, as atividades de coordenação/gestão, educação e pesquisa, além de proporcionar assistência direta e indireta ao potencial doador durante todas das etapas do processo de doação e transplante (TOLFO, 2015).

Também há indícios que convergem para a concepção de que a relação entre cuidado de si e cuidado do outro é interdependente, inter-relacionada e que podem formar uma relação essencialmente humana (SILVA et. al., 2014). Nesse ínterim, o enfermeiro exerce função importante frente aos aspectos construídos socialmente, ao que tange o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Muitos procedimentos podem ser agilizados pelo enfermeiro devido ao seu acentuado dinamismo, desenvolvida capacidade de comunicação e inter-relação, sua posição estratégica frente à equipe da CIHDOTT podem construir ligações sólidas, utilizando o princípio sistêmicos da interdependência, inter-relações e influências mútuas. Estudos com enfermeiros demonstram que a boa comunicação, a relação interpessoal, as atitudes positivas promovem relações e inter-relações de confiança que são consideradas fatores facilitadores capazes de influenciar positivamente na doação de órgãos e tecidos para o transplante (CUNHA et al, 2016).

Percebe-se que os princípios ecossistêmicos da interdependência e da inter-relação permitem olhar o ambiente hospitalar e, mais especificamente, a CIHDOTT na sua totalidade/unidade, o que significa compreender que os elementos/organismos existentes nesse espaço exercem influência mútua, cooperam entre sie produzem energia, mudanças e transformações. O grau das inter-relações do enfermeiro com o ecossistema hospitalar poderá favorecer ou não o processo de doação. Portanto, quanto maior o relacionamento no sentido da troca, mais forte, frequente e diversificada a interdependência se torna. Segundo Semprebon et. al., (2014), as atividades compartilhadas são uma importante fonte potencial de obtenção de resultados positivos.

3 METODOLOGIA

"As decisões humanas dependem das lembranças do passado e das expectativas para o futuro."
Ilia Prigogine

A metodologia compreende o percurso metodológico seguido na pesquisa. Serão apresentados neste capítulo: o delineamento da pesquisa, cenários do estudo, amostra, coleta de dados, aspectos éticos.

3.1 Delineamento do estudo

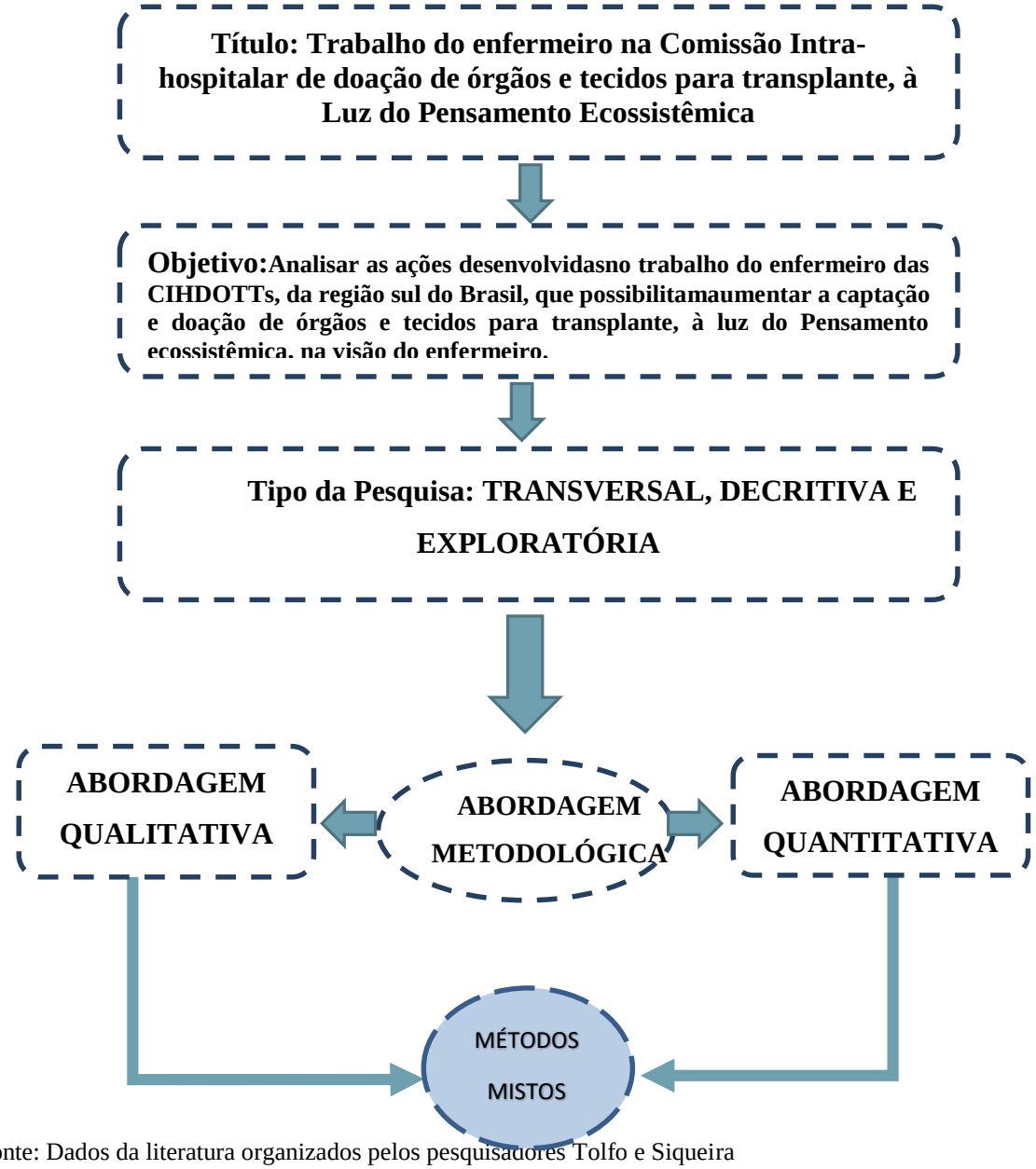
Estudo com abordagem de Métodos Mistos, utilizando-se o projeto do tipo incorporado simultâneo. A etapa quantitativa foi um estudo transversal e a qualitativa uma pesquisa descritiva e exploratória. Este estudo busca contemplar a generalização da abordagem quantitativa com a complementaridade da abordagem qualitativa na intenção de tentar evidenciar o máximo possível de variáveis do fenômeno em estudo, seguindo esse método (Figura 4).

A abordagem mista vem sendo denominada de "terceiro movimento metodológico" por Tashakkori & Teddlie (2003), "o terceiro paradigma na pesquisa" pelos autores Jhonson e Onwuegbuzie (2004), ou como "uma nova estrela no céu da

ciência social", como descreve Mayring (2007). Atualmente Creswell e Clark (2013) referem-se ao método misto como uma metodologia que coleta, analisa e interpreta resultados de dados quantitativos e qualitativos em um único estudo ou em uma série de estudos. Estudos transversais são utilizados para estudar a prevalência de fenômenos num determinado intervalo de tempo e espaço.

A pesquisa exploratória objetiva alcançar uma maior familiaridade com o problema, com vistas a tornar os dados mais explícitos enquanto o aspecto descritivo destina-se descrever as características e estabelecer relações e inter-relações entre variáveis que envolvem o fato investigado, aqui a doação de órgãos e tecidos na perspectiva ecossistêmica (DENZIN e LINCOLN, 2006).

Figura 04:Delineamento da Pesquisa



Fonte: Dados da literatura organizados pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira

A pesquisa qualitativa destina-se a desvendar as várias maneiras pelas quais um fato se manifesta, assim como, os processos subjacentes (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004). Além disso, as pesquisas qualitativas se caracterizam por ser um campo de investigação que abrange o uso e a coleta de uma multiplicidade de materiais empíricos e de uma variedade de atividades interpretativas, não privilegiando uma única metodologia (DENZIN e LINCOLN, 2006)

Por outro lado, os estudos quantitativos, obtidos mediante levantamento de dados e analisados estatisticamente podem ser apresentados agrupados em tabelas, gráficos, porcentagens, histogramas, entre outros. Essas formas de apresentação, podem inclusive valer-se de amostras probabilísticas, tornando possível, até mesmo, conhecer a margem de erro dos resultados obtidos (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004). Dessa forma, no intuito de conhecer o perfil dos participantes e o máximo de informações em relação ao trabalho dos enfermeiros, optou-se por elaborar um instrumento com questões quantitativas para atender ao estudo e contemplá-lo com grande número de dados. No mesmo instrumento, para enriquecer os dados quantitativos, foram acrescentadas cinco questões qualitativas, dados impossíveis de serem obtidos quantitativamente. Esse método de coleta de dados, atualmente é considerado de método misto.

Para Creswell e Clark (2013), os métodos mistos surgiram da complexidade dos problemas que demandam respostas que vão muito além de simples números em um sentido quantitativo ou de palavras nem uma acepção qualitativa. Os estudos de abordagem Mista buscam conectar e integrar os dados obtidos nas abordagens quantitativas e qualitativas e originaram-se de estudos no campo da psicologia na década de 1950 quando os pesquisadores Campbell e Fisk avaliaram a necessidade de se valer de múltiplos métodos a fim de poderem analisar e estudar traços psicológicos. Após, outros pesquisadores foram instigados a combinarem métodos de pesquisas como entrevistas e observações (dados qualitativos) com dados quantitativos. A partir disso, nasceu a triangulação das fontes de dados como alternativa para resolver ou impedir os vieses próprios aos métodos de pesquisa (CRESWELL, 2010).

Contudo, somente nos anos 90, essa metodologia conseguiu evoluir, ultrapassando as barreiras da convergência dos dados quantitativos ou qualitativos para a real integração e conexão destes. Seguindo este caminho Tashakkori & Teddlie (1998), definiram os métodos mistos como a combinação de abordagens qualitativas e quantitativas na metodologia de um estudo.

Os estudos com abordagem mista podem ser a chave para compensar a necessidade de uma fonte de dados que talvez possa ser insuficiente. Creswell e Clark (2013) mencionam que as fragilidades de um método podem ser supridas pelas potencialidades de outra, ao combinar dados qualitativos e quantitativos possibilitando uma melhor compreensão do fenômeno investigado em vez de abordagens isoladas. Tanto as pesquisas com abordagem qualitativa quanto a quantitativa apresentam pontos fortes e frágeis.

Enquanto a abordagem quantitativa coloca o pesquisador quantitativo na retaguarda, sendo, raramente, questionado quanto aos seus próprios vieses e interpretações, mostra-se também fraca no entendimento do contexto e nas vozes dos participantes que não são ouvidas. A abordagem qualitativa compensa essas necessidades. (CRESWELL e CLARK, 2013). No entanto, a pesquisa qualitativa é prejudicada devido as possíveis interpretações do pesquisador, a obliquidade decorrente disso e a pouca generalização devido ao número reduzido de participantes. As abordagens quantitativas não possuem tais fraquezas, reafirmando, dessa forma, o pensamento de que a combinação das potencialidades de uma abordagem compensa a fragilidade da outra. (CRESWELL e CLARK, 2013).

A partir dessa afirmação é possível perceber que os métodos mistos proporcionam mais evidências para o estudo de um problema de pesquisa, do que a abordagem qualitativa ou quantitativa isoladamente (CRESWELL e CLARK, 2013). Essa ponderação vai ao encontro dos grandes pensadores sistêmicos ou ecossistêmicos que confirmam não ser possível entender o todo a partir de suas partes isoladamente, porque o todo é maior do que a soma das partes (CAPRA 2006; BERTALANFY 2013; CAPRA e LUISI, 2014). A análise dos dados, ecossistemicamente falando, precisa ser realizada a partir das relações entre os elementos que constituem o ecossistema em pesquisa. Entretanto por falta de um método específico de análise, que se encontra em estudo, o método misto se aproxima dessa coerência. Assim sendo, a utilização do método misto segundo Creswell e Clark (2013), em relação a abordagem adotada, necessita identificar, relacionar e definir quatro aspectos importantes: prioridade, momento certo, interação e a teorização. Destaca-se, em relação ao entendimento ecossistêmico, o aspecto da interação entre os elementos que compõem o espaço sistêmico.

Quadro 07: Aspectos a serem identificados e definidos nos métodos mistos, Rio Grande/RS 2020

Aspectos a serem adotados na pesquisa de Métodos Mistos	
PRIORIDADE	Prioridade Quantitativa, Prioridade Qualitativa, ou Igual Prioridade
MOMENTO CERTO	Simultâneo, Sequencial, ou Combinação Multifásica
INTERAÇÃO	Conexão, Integração ou Incorporação
TEORIZAÇÃO	Explícita ou Implícita

Fonte: Adaptado de Creswell e Clark pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira, Rio Grande 2020

No método misto de pesquisa é indicado a atribuição do peso, ou a prioridade da abordagem que podem ser os dados quantitativos ou qualitativos. A prioridade está relacionada a importância ou ponderação intimamente ligada às abordagens quantitativas ou qualitativas com mais possibilidade de responder aos objetivos do estudo. Creswell e Clark (2013), descrevem que há três modos de ponderação nos métodos mistos: **Igual Prioridade**, quando as duas abordagens possuem a mesma capacidade de resposta ao problema de pesquisa; **Prioridade Quantitativa**, quando uma maior ênfase é atribuída a abordagem quantitativa e os dados qualitativos terão uma função secundária no estudo. **Prioridade Qualitativa**, ocorre quando uma maior ênfase é dada aos dados qualitativos e os quantitativos tem um papel secundário.

Ao buscar comtemplar a análise e a compreensão do trabalho dos enfermeiros membros de CIHDOTT na região sul do Brasil, utilizou-se, com maior ênfase dados quantitativos, portanto, empregou-se com prioridade a abordagem quantitativa.

Em relação a distribuição do tempo ou, também referido, como ritmo de implementação ou o momento certo, está relacionado ao fator tempo entre a coleta de dados quantitativos e qualitativos e a análise dos mesmos, dentro do mesmo estudo. Creswell e Clark (2013), mencionam que há três momentos certos na metodologia mista. **O momento certo Simultâneo** é quando o pesquisador implementa as duas abordagens, quantitativo e qualitativo no mesmo tempo. No **momento certo Sequencial**, o pesquisador implementa os elementos em fases diferentes, tempos diferentes para a coleta e análise dos dados quantitativos e qualitativos. E por fim o **momento certo da combinação multifásica**, ocorre quando o pesquisador implementa diversas fases que

podem ou não incluir os momentos certos Simultâneo, ou Sequencial durante o desenrolar do estudo.

Na presente pesquisa, quanto a distribuição do tempo o estudo compreendeu o momento certo simultâneo**,** onde em um único questionário foram coletados os dados contemplando as questões quantitativas e qualitativas, enviadas via *online* para todos os participantes.

A **Interação dos dados,** conforme Creswell e Clark (2013) se dá pela combinação dos dados quantitativos e qualitativos e consideram que a mistura se processa pela inter-relação explícita dos elementos quantitativos e qualitativos. Eles referem-se como uma combinação e uma interação dos dados, ou seja, é um processo pelo qual o pesquisador pratica um relacionamento entre os elementos. Assim, procura-se manusear os dois conjuntos de dados para integrá-los, incorporá-los, ou conectá-los e ou interconectá-los.

Para que ocorra essa **Integração** dos dados qualitativos e quantitativos, estes devem produzir informações que se sustentem e apoiem mutuamente. A **Incorporação** se dará quando os dados secundários têm função de apoio para as informações de um banco de dados principal. A C**onexão** é efetivada a partir de uma análise de um conjunto de dados para elaborar a coleta de um segundo conjunto de dados (CRESWELL, 2013).

No presente trabalho, a combinação dos dados obedeceu aos critérios da **Incorporação**, e procura dentro de uma abordagem principal quantitativa, reforçá-la com os dados da abordagem secundária qualitativa com a finalidade de sustentá-la e proporcionar uma evidência mais consistente.

Por último, Creswell e Clark(2013), indicam a **Teorização.** Este é outro aspecto dos métodos mistos. A teorização poderá ocorrer de modo explícito ou implícito durante o decorrer da pesquisa, contudo, tal manifestação acontecerá levando em consideração se há ou não uma perspectiva teórica que guiará ou não o desenvolvimento da investigação.

Essa pesquisa foi guiada sob a base teórica do **Pensamento Ecossistêmico**, que trata das inter-relações, interações, interdependência e conexões entre os elementos vivos e não vivos. No contexto, do ambiente hospitalar procurando compreender como essas relações se influenciam positivamente ou negativamente, levando consequentemente a evolução ou declínio do sistema em pauta.

Os autores Creswell e Clark (2013), descrevem cinco projetos de métodos mistos mais utilizados, onde cada pesquisador poderá apropriar-se do projeto que melhor se identifica com os objetivos e necessidades do seu estudo e modo de combinação dos achados, conforme quadro a seguir.

Quadro 08: Síntese dos projetos mais utilizados em Métodos Mistos

Tipo de Projeto	Definição
Protótipos Básicos	
Convergente	A coleta de dados e análise quantitativos e qualitativos são efetuados em separado e a integração dos dois conjuntos se dá a *posteriori.*
Explanatório	Nesse tipo de projeto os métodos(abordagens) são implementados sequencialmente, começando com a coleta e a análise de dados quantitativos na 1ª fase, seguida por coleta e análise de dados qualitativa na 2ª fase, construída a partir da 1ª fase.
	Métodos implementados sequencialmente, começando com a coleta e a análise de dados qualitativos na 1ª fase, seguida por coleta e análise de dados quantitativa na 2ª fase, construída a partir da 1ª fase.
Incorporado	A coleta de dados se dá simultânea ou sequencial dos dados de apoio com a análise de dados de apoio antes, durante ou depois dos principais procedimentos de coleta de dados.
Protótipos Avançados	
Transformativo	Estruturação da coleta e análise simultânea ou sequencial de conjuntos de dados quantitativos dentro de uma estrutura teórica que guia as decisões dos métodos.
Multifásico	Combinação de coleta concomitante ou sequencial de conjuntos de dados quantitativos e qualitativos sobre múltiplas fases de um programa de estudo.

Fonte: Dados com base em Creswell e Clark (2013), organizados pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira (2020).

No intuito de facilitar o entendimento das principais características dos métodos mistos os autores Creswell e Clark (2013), descrevem um sistema de notação, primeiramente utilizado por Morse em 1991, que foi ampliado e expansivamente encontrado em toda a literatura de métodos mistos. Trata-se de siglas em caixa alta, ou caixa baixa, símbolos de "+", setas e colchetes que facilitam a compreensão e são muito úteis para descrever o projeto geral de um estudo. A seguir um quadro com o sistema de notação utilizado nos métodos mistos.

Quadro09: Notações utilizadas em pesquisas com Métodos Mistos.

Notação	Significado	Exemplos
“Qual”	Método Qualitativo	“Quan”
“Quan”	Método Quantitativo	“Qual”
QUAL	Métodos qualitativos são priorizados no projeto	QUAL
QUAN	Métodos quantitativos são priorizados no projeto	QUAN
Quan	Métodos quantitativos tem prioridade secundária no projeto	Quan
Qual	Métodos qualitativos tem prioridade secundária no projeto	Qual
+	Significa que os métodos ocorrem simultaneamente	QUAN+QUAL
→	Indicam a os métodos ocorrem em uma sequência	QUAL → quan
()	Um método está incorporado dentro de um projeto ouprocedimento maior, ou misturado em uma estrutura teórica.	QUAN (qual)
→ ←	Os métodos são implementados em um processo recursivo	QUAL→←QUAN
[]	Os métodos mistos são usados dentro de um estudo que está inserido dentro de uma série de estudos.	QUAL→QUAN→ [QUAN + qual]
=	O propósito para misturar os métodos	QUAN + qual =

Fonte: Creswell e Clark (2013, p. 106).

Com base nessa acepção, o delineamento desta pesquisa, conforme Creswell e Clark (2013), pode ser compreendida como um estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem de Métodos Mistos, utilizando-se o projeto do tipo Incorporado, com realização Simultânea, tendo ênfase na abordagem quantitativa. A combinação dos dados se deu por Incorporação dos dados qualitativos com os dados quantitativos, permeada pela fundamentação teórico-filosófica do Pensamento Ecossistêmico.

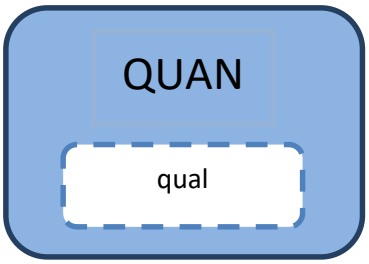
Esse esboço também pode ser descrito como método de Notação dos Métodos Mistos, onde lê-se do seguinte modo:

QUAN(qual)

Essa representação, concebe que o presente estudo tem Prioridade (QUAN) ou seja, possui Prioridade quantitativa sobre a qualitativa (qual), o “qual” entre parênteses, define que as informações qualitativas estão incorporadas ao estudo de maior peso, ou seja, na quantitativa.

Essas descrições também podem ser entendidas por meio de diagramas que facilitam a compreensão conforme Figura 05

Figura 05:Prioridade nos dados quantitativos incorporando os dados qualitativos,



Fonte: Projeto de prioridade de dados quantitativos incorporando os dados qualitativos, baseado em Creswell e Clark (2013) elaborado pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira (2020).

3.2 Cenários da investigação

Os cenários de investigação desse estudo compreendem as CIHDOTTs alocadas nos hospitais da região sul do Brasil: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. O Brasil, entendido como um País continental compreende, uma vasta extensão territorial, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2018); possui 8.510.820,623 km² em extensão, com uma população de 210 milhões de habitantes. Composto por 26 federações e um distrito federal. As federações estão alocadas em cinco regiões distintas, região norte, nordeste, centro-oestes, sudeste e sul.

A Região Sul do Brasil, em área territorial, é a menor das cinco. Conta, segundo o IBGE (2019), com uma área territorial de 576.774,31 km² sendo menor que o estado brasileiro de Minas Gerais. Essa região contempla três estados, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Localizado abaixo do trópico de Capricórnio, possui um clima subtropical diferenciando do resto do país que predomina o clima tropical. Faz divisas ao norte pelos estados de São Paulo e Mato Grosso do Sul, ao sul pelo Uruguai, a oeste pelo Paraguai e pela Argentina, e a leste pelo Oceano Atlântico.

Sua colonização se deu predominantemente pela colonização europeia. A população das cidades da Região Sul do Brasil, cresceu muito nos anos mais recentes (IBGE, 2018; IBGE, 2019). Referenciada como um grande polo econômico, turístico, e cultural, evidencia índices sociais acima da média brasileira e das outras regiões do Brasil em diversos aspectos. Detentor do maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) do Brasil, 0,79 (ONU BR, 2019) e o segundo maior Produto Interno Bruto (PIB) do país contribuindo com 17% do PIB nacional (IBGE, 2018). A região é

também a mais alfabetizada, 95,2% da população, e conta com menor incidência de pobreza (IBGE, 2019).

Essa posição que ocupa, frente às demais regiões brasileiras, evidencia também altos índices de obtenção de órgãos e tecidos para transplante, sendo o estado do Paraná com a maior taxa de obtenção de órgãos por milhão de pessoas (41.1 doadores pmp), seguido de Santa Catarina (37.7 doadores pmp), e Rio Grande do Sul (19.9 doadores pmp), ocupando a 6ª colocação no ranking nacional (ABTO, 2019).Portanto, neste estudo, optou-se em analisar como as ações desenvolvidas no trabalho dos enfermeiros das CIHDOTTs, da região sul do Brasil, possibilitam aumentar a captação e doação de órgãos e tecidos para transplante, à luz do Pensamento Ecossistêmico, na visão dos enfermeiros. Optou-se em realizar o estudo em três cenários:

3.2.1 Primeiro Cenário de Investigação: Estado do Paraná

O Paraná é um dos 26 estados brasileiros, localizado ao norte da região sul do Brasil. É constituído por 399 municípios e tem como fronteiras com os estados brasileiros de Mato Grosso do Sul a noroeste, Santa Catarina ao sul, São Paulo ao norte. Também faz limites com os países da Argentina a sudoeste e Paraguai a oeste, bem como, com o oceano Atlântico a leste (Governo do Paraná, 2019). Com uma área é de 199.305,236 km² (IBGE, 2019), é o quinto estado mais rico do Brasil ficando atrás apenas de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul (CONTAS REGIONAIS DO BRASIL, 2016). Seu município mais importante e também capital desse Estado é a cidade de Curitiba, contudo o Estado do Paraná tem outros municípios importantes, como, Londrina, Maringá, Cascavel, e Foz do Iguaçu, entre outros.

O estado do Paraná é conhecido, juntamente, com os estados de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul pelo clima mais ameno caracterizando o clima subtropical, Portanto, este estado registra temperaturas mais baixas que a média nacional, enquanto o resto do Brasil é tropical. (GOVERNO DO PARANÁ. 2019). Possui 11.433.957 pessoas de acordo como o IBGE (2019), e de acordo com um estudo realizado por Maciel (2007), o estado do Paraná é composto geneticamente por 79% de herança genética proveniente da Europa, 14% do continente africano e 7% indígena. Neves et al (2013) publicaram

uma pesquisa mais recente onde evidenciaram uma distribuição similar com 71% de contribuição europeia, 17,5% africana e 11,5% ameríndia.

Figura 06: Lcoalização geográfica do Estado do Paraná: destacado na cor vermelha.



Fonte: Google Earth, 2019. Adaptado pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira (2020).

O estado do Paraná destaca-se, também, nos índices de Desenvolvimento Humano Municipal, atingindo um IDHM de 0,792 (RADAR IDHM, 2019), acima da média nacional. Entre 2016 e 2017, o IDHM do Brasil apresentou crescimento leve, de 0,776 para 0,778, mesmo com a diminuição da renda per capita no biênio segundo a ONU no Brasil (ONUBR, 2019). Renda mensal per capita no estado do Paraná é de R$ 1.607,00, enquanto o Radar IDHM (2019), informa que no Brasil, o valor da renda per capita, que passou de R$ 842,04 para R$ 834,31, refletindo uma proporção de quase o dobro da média nacional. O Sistema Estadual de Transplantes do Paraná (SET/PR), busca constantemente ampliar o acesso das pessoas aos pacientes que esperam por um órgão. Trabalham para qualificar os procedimentos e aumentar o número de transplantes no Estado (GOVERNO DO PARANÁ, 2019).

Estrategicamente o Estado do Paraná possui uma Central Estadual de Transplantes (CET) localizada em Curitiba, quatro Organizações de Procura de Órgãos (OPOs) com sede em Curitiba (OPO Curitiba), Londrina (OPO Londrina), Maringá (OPO Maringá) e Cascavel (OPO Cascavel). Além disso possui 67 CIHDOTTs que atuam em hospitais de pequeno, médio e grande porte e distribuídas nas OPO mencionadas, 04 câmaras técnicas: fígado, coração/pulmão, córneas e rins, 23 equipes de transplantes de órgãos, 06

laboratórios de histocompatibilidade e 05 bancos de tecidos, incluindo o único banco de valvas cardíacas do Brasil, 16 centros transplantadores de órgãos, 23 Centros transplantadores de tecido músculo esquelético, 15 centros transplantadores de tecido ocular, 07 centros transplantadores de medula (GOVERNO DO PARANÁ, 2019).

Figura07: Distribuição e abrangência das OPOs no Estado do Paraná

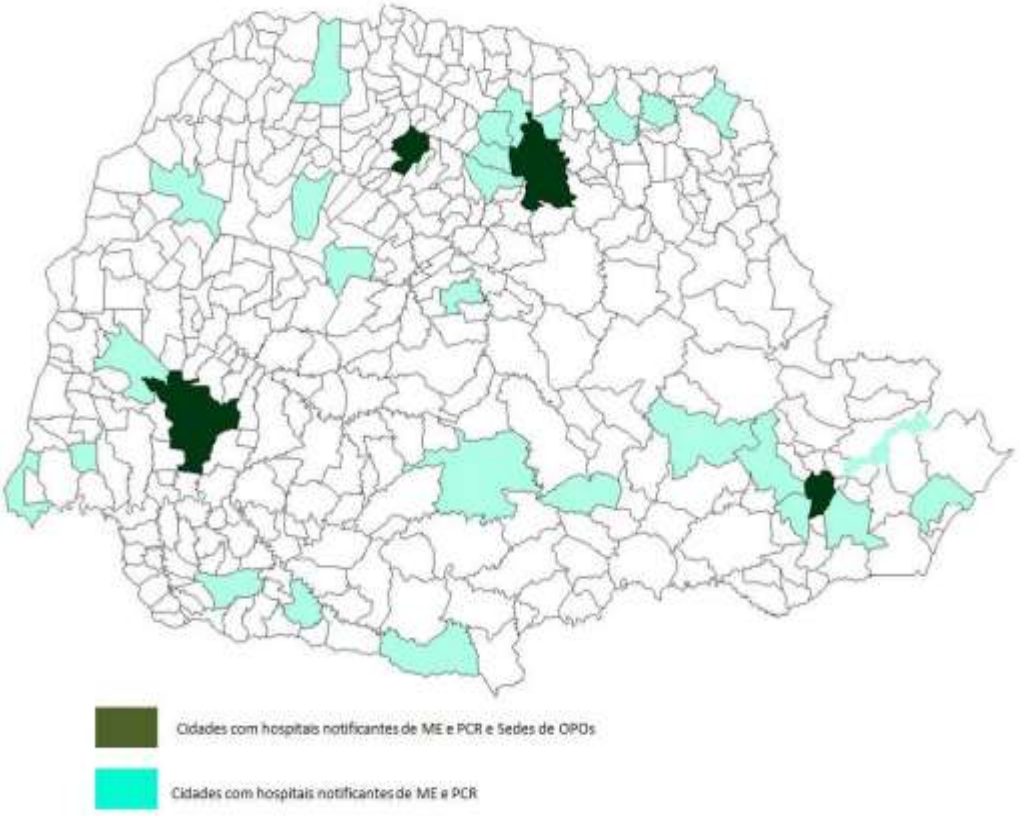


Fonte: Governo do Paraná. 2019.

O Estado do Paraná vem apresentando um crescente na obtenção de órgãos para transplantes, segundo o Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) elaborado pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) (2019). Este Estado, notificou 540 potenciais doadores em 2018, e destes, 233 pacientes efetivaram a doação de órgãos e tecidos para transplantes. Isto significa que o Estado do Paraná detém uma taxa de 41,1 doadores por milhão de pessoas (pmp) tornando-se o Estado com o maior número de doadores por milhão de habitantes no Brasil, enquanto a média brasileira de doação de órgãos e tecidos encontra-se em 16.9 doadores/pmp (ABTO, 2019).

A diferença relativamente grande entre o número das notificações de potenciais doadores e a efetivação da doação de órgãos no estado do Paraná, está relacionada segundo ABTO (2018) a negativa familiar (27%), contraindicação médica (20%), parada cardíaca (8%), morte encefálica não confirmada (2%) e outras causas (8%).

Figura 08: Cidades Paranaenses com CIHDOTTs e OPOs no Estado do Paraná



Fonte: Governo do Paraná. 2019.

Nos últimos anos a Central Estadual de Transplante do Paraná, implementou estratégias no intuito de facilitar o diagnóstico e cumprimento de todo o processo de morte encefálica, bem como para melhorar a qualidade dos órgãos transplantados por meio da manutenção clínica destinada ao potencial doador de órgãos. Todo esse trabalho levou a um significativo aumento nos índices de doação e captação de órgãos no estado nos últimos anos. Entretanto, segundo a CET/PR não há órgãos disponíveis para todos os potenciais receptores, o que resulta em relevante mortalidade na fila de espera (GOVERNO DO PARANÁ, 2018).

ACET/PR, também, procura dar relevância a importância da doação e transplante junto à comunidade paranaense por meio da conscientização e divulgação dos benefícios da doação de órgãos e tecidos para transplantes. Dentre as diversas ações que foram implementadas, estão as parcerias com entidades e instituições públicas e privadas que apoiam o tema, adotando iniciativas que tendem, principalmente, levar à discussão da

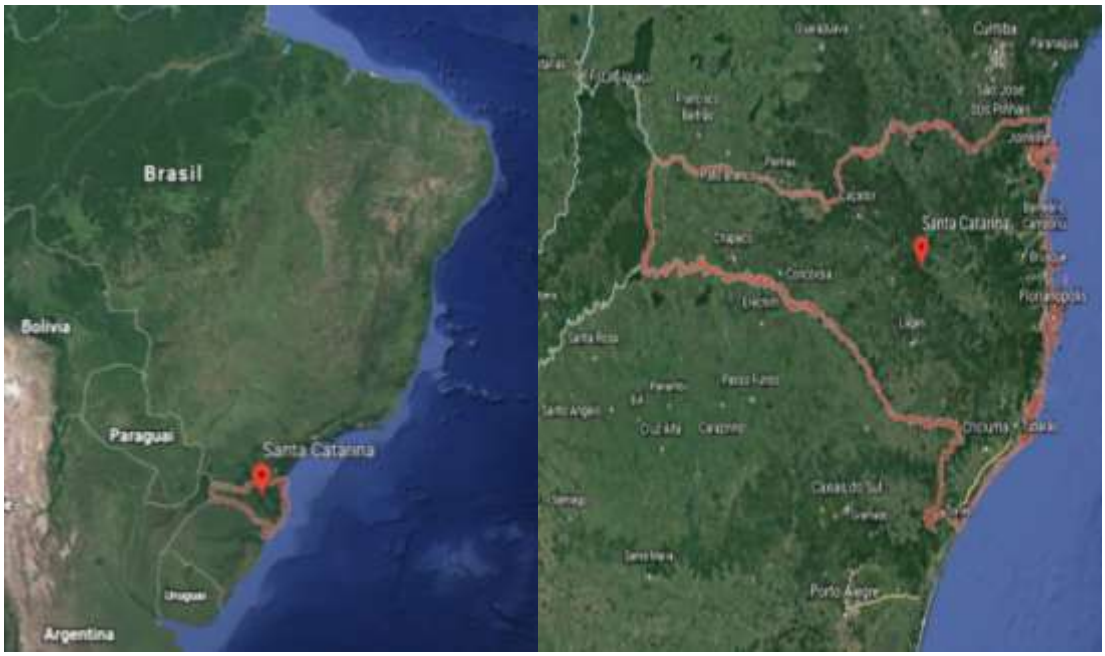
doação para o dia a dia das pessoas (GOVERNO DO PARANÁ, 2018). Atualmente, 1.204pessoas esperam por um transplante no Estado do Paraná (ABTO, 2019).

3.2.2 Segundo Cenário de Investigação: Estado de Santa Catarina

O Estado de Santa Catarina, também, é uma das 27 unidades federativas do Brasil, localizada no centro da região Sul do país. É um dos menores estados brasileiros em território, contudo é o 11º em população. Conta com 295 municípios, e é o 9º estado com maior povoamento (IBGE, 2018). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2018) também afirma que as dimensões de seu território compreendem uma área de 95.733 km², atingindo uma superfície mais extensa do que os estados brasileiros do Rio de Janeiro, Espírito Santo e o Distrito Federal juntos. Detém uma população de 7.164.788 habitantes (IBGE, 2019).

Esse estado tem como limites os estados brasileiros do Paraná ao Norte, e do Rio Grande do Sul ao Sul. A Argentina a Oeste e o oceano Atlântico a Leste (GOVERNO DE SANTA CATARINA, 2019). A cidade-sede dos três poderes catarinense fica na capital Florianópolis. Contudo, o município de Joinville, é a cidade mais populosa deste estado. Somente Santa Catarina e Espírito Santo possuem suas capitais em cidades que não são as mais populosas.

Figura 09: Mapa localização geográfica do Estado de Santa Catarina



Fonte: Google Earth, (2019), adaptado por Tolfo e Siqueira (2019).

Por estar ao sul do trópico de Capricórnio, Santa Catarina tem um clima subtropical, onde as condições são variáveis. Ao oeste e serrano existe a possibilidade de geadas e neve, ao passo que no litoral o clima é mais quente, sendo possível que atinjam temperaturas elevadas no verão (GOVERNO DE SANTA CATARINA, 2019).

É também a mais antiga unidade federativa da Região Sul do Brasil, pois, no ano de 1526, ao passar pela ilha até então chamada de Patos, Sebastião Caboto, deu-lhe o nome de Santa Catarina, superando assim o Rio Grande do Sul (1807) e o Paraná (1853). Santa Catarina foi muito povoada por imigrantes europeus. Conforme pesquisa de autodeclaração do censo de 2010, 83,85% dos catarinenses declararam-se brancos, 12,61% pardos, 2,86% pretos, 0,41% amarelos e 0,25% indígenas, além dos sem declaração (0,01%)e destes99,81% eram brasileiros, 99,72% natos e 0,10% naturalizados e 0,19% estrangeiros (IBGE, 2010). Muitas pessoas migram de outros estados brasileiros para Santa Catarina em busca de trabalho ou melhores condições de vida.

Dentre os estados que mais contribuíram com a imigração de Santa Catarina, está o Rio Grande do Sul com o maior percentual de residentes (6,76%), seguido por Paraná (6,58%) e São Paulo (1,59%) (IBGE, 2019). Segundo uma pesquisa de 2013, a composição genética de Santa Catarina é a seguinte: 79,7% de sangue europeu, 11,4% africana e 8,9% indígena (NEVES et. al., 2013).

Os índices sociais do estado estão entre os mais altos do Brasil. Este Estado possui a menor taxa de mortalidade infantil e o estado com a mais baixa desigualdade econômica e analfabetismo do Brasil. Santa Catarina possui o 6ºPIB mais alto do País (IBGE, 2018) com uma economia variada e com fortes afinidades à industrialização. Importante polo de exportação e de consumo e é um dos estados que mais expandem na economia brasileira e que responde por 4,2% do produto interno bruto do país (CONTAS REGIONAIS DO BRASIL, 2016).

Em 2018 Santa Catarina possuía o índice de IDH-M mais elevado do país, comparando ao níveis de IDH-M do Distrito Federal. Segundo o último Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, divulgado em 2013, com dados relativos a 2010, o seu valor era de 0,774, atualmente encontra-se segundo o Radar IDH-M (2017) com 0.808sendo o 3º colocado no *ranking* nacional e 1º lugar no *ranking* da região sul do Brasil.

Considerando-se o índice de longevidade, seu valor é de 0,860, 1º no *ranking* nacional, quanto a renda é 0,773, sendo 4º no Brasil e o de educação é de 0,697 obtendo

a 3ª colocação no Brasil (ONU BR, 2019). Com uma renda per capita de R$1.660,00, bem acima da média nacional de R$834,61 segundo o Radar IDH-M (2019).

Santa Catarina igualmente destaca-se na doação de órgãos e tecidos. A Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina, foi criada pelo Decreto Estadual nº 553/1999 de 21 de setembro de 1999. Trabalha, centralizando e coordenando todas as ações que envolvem processo de doação, captação e transplante no estado, atuando no gerenciamento das listas de receptores de órgãos e tecidos, nos processos de captação e distribuição de órgãos e tecidos, além de elaborar políticas de transplantes para o estado catarinense (SC TRANSPLANTES, 2019).

Santa Catarina foi um dos primeiros estados brasileiros a regulamentar as ações de transplantes, seguindo as recomendações e normativas do Sistema Nacional de Transplantes, implementando e aplicando as listas únicas de receptores de órgãos e tecidos respeitando os critérios de compatibilidade, urgência e tempo de espera (SC TRANSPLANTES, 2019).

Em Santa Catarina, atualmente são realizados transplantes de córneas, esclera, coração, válvula cardíaca, fígado, rim, pâncreas, medula óssea autólogo e tecido ósteo-condro-fáscio-ligamentoso (SC TRANSPLANTES, 2019). A logística catarinense difere um pouco dos outros estados da região sul por não possuir Organização e Procura de Órgãos (OPO) em seu Sistema Estadual de Transplantes, a ausência de OPOs acontece também em outros 9 Estados do Brasil (ABTO, 2018).

Compõem o Sistema Estadual de Transplante de Santa Catarina, a Central Estadual de Transplante, 45 CIHDOTTs, 4 Bancos de Olhos, 6 equipes de transplante de enxerto ósseo, 2 equipes transplantadoras de rim-pâncreas, 1 equipe transplantadora de coração, 19 equipes transplantadora de córneas, 4 equipes transplantadoras de fígado, uma equipe de transplante de medula óssea alogênica, uma equipe de transplante de medula óssea autóloga, 7 equipes de transplantes de rins, e 2 equipes de transplantes de válvulas cardíacas, também dispõem de 1 laboratório de histocompatibilidade (GOVERNO DE SANTA CATARINA, 2019).

Figura 10: Distribuição das CIHDOTTs e Centros Transplantadores em Santa Catarina



Fonte: Governo de Santa Catarina (2019), adaptado por Tolfo e Siqueira(2019).

O Estado de Santa Catarina segundo o Registro Brasileiro de Transplante apresentou no primeiro semestre de 2019 níveis de obtenção de órgãos comparados a níveis de excelência internacional, sendo notificados 271 possíveis doadores de órgãos nesse período com 137 doações efetivadas, gerando um índice de 38,7 doadores/pmp (ABTO, 2019). Atualmente existem 532 pessoas que aguardam por um transplante no Estado de Santa Catarina (ABTO, 2019).

Em Santa Catarina a diferença entre o número das notificações de potenciais doadores e a efetivação da doação de órgãos é justificada pelo ABTO (2018) quando afirma que a negativa familiar (33%) é apresentada em maior porcentagem, a contraindicação médica também aparece com 14%, a parada cardíaca (7%) e outras causas (3%).

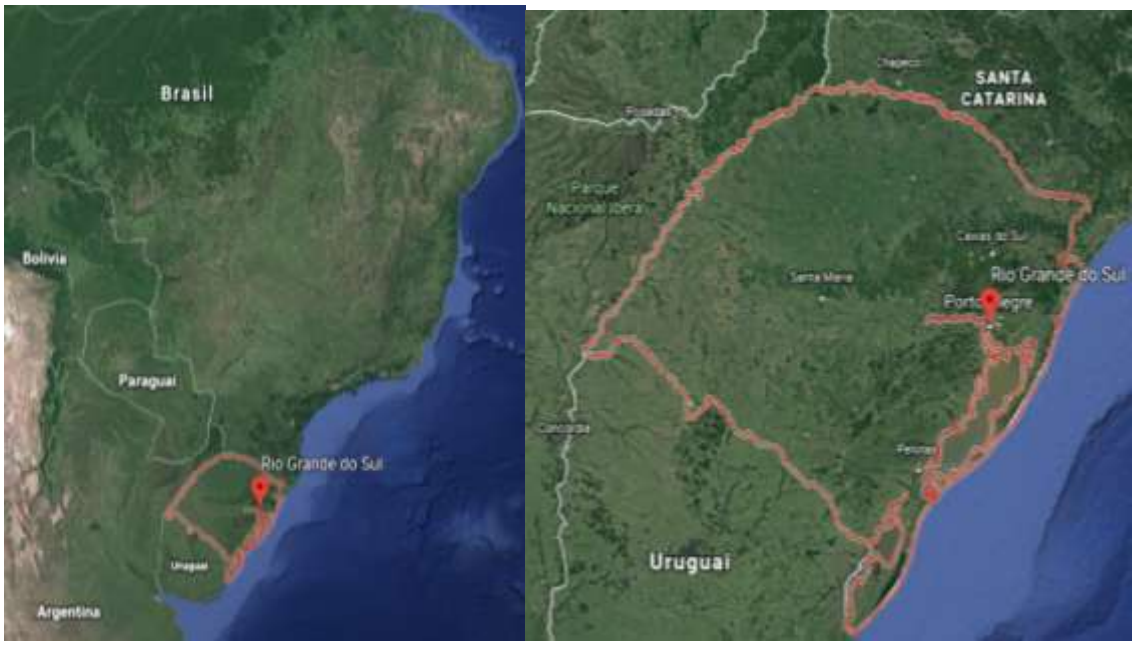
3.2.3 Terceiro Cenário de Investigação: Estado do Rio Grande do Sul

O Rio Grande do Sul é das 27 unidades federativas do Brasil localizada bem ao sul do Brasil. Tem uma extensão territorial de 281.730,223 km², aproximadamente 3,3% da superfície territorial brasileira, em termos comparativos e é um pouco maior que que o País Equador (IBGE, 2018).Sua capital é a cidade de Porto Alegre onde se

localizam os poderes estaduais do legislativo, executivo e judiciário. Além de Porto Alegre o Rio Grande do Sul possui outras cidades importantes como Pelotas, Passo Fundo, Caxias do Sul, Canoas e Santa Maria (GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL, 2019).

O clima é subtropical, ou seja semelhante aos estados de Santa Catarina e Paraná. O Rio Grande do Sul, concentra mais de onze milhões de habitantes, ou cerca de 5,4% da brasileira. Está situado na Região Sul e tem por limites o estado de Santa Catarina ao norte, Argentina ao oeste e Uruguai ao sul, além do Oceano Atlântico ao leste. (GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL, 2019). É dividido em 497 municípios, com uma participação de 6,4 do PIB nacional, ficando entre os quatros estados mais ricos do Brasil (CONTAS REGIONAIS, 2016).

Figura11: Localização geográfica do Rio Grande do Sul



Fonte: Google Earth (2019) adaptado pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira(2019).

O IBGE (2018) indica o Rio Grande do Sul como o estado mais populoso da Região Sul e o 5º no Brasil com 11.377,239 milhões de habitantes. A população gaúcha é uma das mais diversificadas do país e descende, principalmente, de italianos e alemães, que começaram a emigrar para o país no fim do século XIX. Sua população é em grande parte formada por descendentes de portugueses, alemães, italianos, africanos, libaneses e

indígenas, em pequena parcela por espanhóis, poloneses, franceses entre outros imigrantes, constituindo uma diversificada etnia.

O estado do Rio Grande do Sul pode ser explicado de acordo com a etnia predominante nas seguintes regiões: região cultural 1 marcada pela presença das etnias nativas, portuguesa, espanhola, africana e açoriana. A segunda região cultural é composta pela significativa presença de alemães. A terceira região cultural apresenta uma maciça população de etnia italiana e a região cultural 4 são formadas pelo conjunto de etnias mistas (NETO e BEZZI, 2007). Atualmente, a população autodeclara-se da seguinte maneira quanto à raça: 82,3% como brancos, 11,4% como pardos, 5,9% como pretos e 0,4% como amarelos ou indígenas (IBGE, 2018).

É o estado que concentra o quarto maior PIB, superado apenas por São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Está na quinta colocação entre os estados mais populosos e o sexto lugar mais elevado relacionado ao Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil (RADAR IDH-M, 2019). Apesar do Rio Grande do Sul estar enfrentando uma crise econômica sem precedentes, o IBGE (2018) evidencia que é o estado onde se encontra o maior número de idosos e a segunda maior expectativa de vida do Brasil, Além disso, é o estado que melhor remunera os trabalhadores. Além disso, possui uma das menores taxas de analfabetismo, e mortalidade infantil do país (ONU BR, 2019).

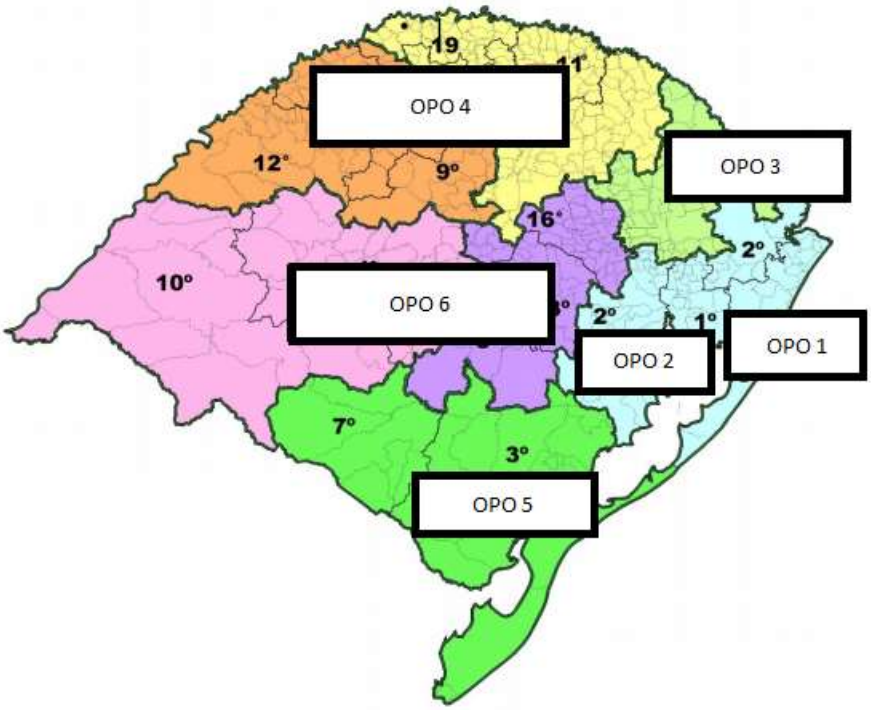
Em relação a doação e transplante de órgãos, o Rio Grande do Sul, está entre os estados com os melhores índices em obtenção de órgãos para transplantes por milhão de pessoas. Foi o pioneiro em transplante de pulmão na América Latina. O Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, é referência no Brasil e na América Latina na realização de transplantes.

Em 2019, a Santa Casa de Misericórdia celebrou os 30 anos do primeiro transplante de pulmão da América Latina e os 20 anos do primeiro transplante de pulmão com doadores vivos, feito fora dos Estados Unidos. Foi em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul que foi realizado o primeiro transplante de córneas no Brasil, em 1938. O primeiro transplante conjugado de rim e pâncreas realizado no Brasil em 1987 (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 2019).

O Sistema Estadual de Transplantes do Rio Grande do Sul, está organizado do seguinte modo: Uma central de Transplante situada em Porto Alegre, 7 OPOs distribuídas nas cidades de Porto Alegre (OPO1 e OPO2), Caxias do Sul (OPO3), Passo Fundo (OPO4). Rio Grande/Pelotas (OPO5), Lajeado (OPO6), e OPO7 ou simplesmente OPO

cirúrgica, que concentra as várias equipes de retirada de órgãos abdominais do estado, e 63 CIHDOTTs.

Figura12: Distribuição das OPOs por macrorregiões no Rio Grande do Sul



Fonte: Governo do Rio Grande do Sul (2019), adaptado por Tolfo e Siqueira(2019)

Também compõem o Sistema Estadual de Transplante, 2 laboratório de himunohistoquímica, 16 centros transplantadores de córneas, 3 centros transplantadores de fígado, 3 centros transplantadores de coração, 2 centros transplantadores de Rim/pâncreas, 2 centros transplantadores de pâncreas, 2 centros transplantadores de pulmão, 10 centros transplantadores de rins, 5 centros de transplantes de medula óssea autogênico, 5 centros de transplantes de medula óssea alogênico aparentado, 2 centros de transplantes de medula óssea alogênico não-aparentado, um centro de transplantes de válvas cardíacas, 6 centros de transplantes de enxerto ósseo e 2 centros de transplante de pele (GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Conforme o Registro Brasileiro de Transplante (2019), no período entre janeiro e julho de 2019, o Rio Grande do Sul, notificou 322 potenciais doadores à central de transplante, contudo, desses 322, somente 113 pacientes foram doadores efetivos. Esse dado deixou o Rio Grande do Sul com uma taxa de 19.9 doadores de órgãos por milhão de pessoas (RBT, 2019). Atualmente existem 1.342 pessoas a espera por um órgão ou tecido no Estado do Rio Grande do Sul (ABTO, 2019).

No Estado do Rio Grande do Sul como apresentado nos outros estados primeiramente, teve também diferença entre o número das notificações de potenciais doadores à Central de Transplante e a real efetivação da doação de órgãos. O ABTO (2018) menciona que a negativa familiar aparece responsável por 43% dessa diferença, seguido por contraindicação médica 19%, a morte encefálica não confirmada com 14%, parada cardíaca com 3%, e outras causas 1%.

O quadro a seguir demonstra alguns dados dos três estados em estudo: Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina, relacionando-os ao panorama nacional.

Quadro10: Síntese comparativa entre os estados da Região Sul do Brasil com os principais índices demográficas, sociais, culturais e aspectos relacionados a doação e transplantes de órgãos.

Aspectos	Paraná	Santa Catarina	Rio Grande do Sul	Brasil
População*	11.433,957	7.164,788	11.377,239	210.147,125
População por Km²*	52.40	65,29	39.79	22,42
Etnia majoritária (levando em consideração a genética) *	79% europeia	79,7% Europeia	82,3% Europeia	47.1% Brancos
Clima predominante*	Subtropical	Subtropical	Subtropical	Tropical
Salário mensal per capita (R$) *	1.607,00	1.660,00	1.705,00	1.278,00
PIB (posição no Ranking Nacional) *	5º	6º	4º	-
IDH-M*	0,792	0,808	0,746	0,699
Doação de órgãos por milhão de pessoas**	41.1	37.7	19,9	16,9
Lista de espera por um órgão**	1.204	532	1.342	35.519
Número de CIHDOTTs**	67– 60	45– 28	63 - 41	543 (33%)
Número de OPOs**	4	0	6	58 (17%)
Negativa Familiar **	27%	33%	43%	43%

Fonte *IBGE (2010, 2019) **ABTO (2018, 2019) adaptado pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira

3.3 População e Amostra do estudo

Os enfermeiros são descritos na literatura internacional como um profissional imprescindível no processo de doação e transplante de órgãos, referenciado no Irã com Shabanzadh (2009), na Suécia com Flóden (2009) e Foresberg et al (2014), no Brasil com Mendes et. al., (2012) e Souza (2014), na Austrália com March et al (2012), na Polônia com Czerwinski (2014), na Holanda com Groot et al (2014), na China com Hu e Huang (2015), na Turquia com Koocay et al (2015), e Estados Unidos com Caillouet-O'Neal (2008).

Neste sentido, o governo brasileiro reconhece o enfermeiro de CIHDOTT e mantem na legislação brasileira vigente a preconização de que a coordenação das CIHDOTTs no Brasil devem ser obrigatoriamente assumidas por um enfermeiro ou médico (BRASIL, 2009). Assim, a população-alvo e amostra do estudo justifica-se, pois constituiu-se, por enfermeiros membros de CIHDOTTs da região sul do Brasil cadastradas na central de transplante de seu Estado. O quantitativo de CIHDOTT e enfermeiros membros dessas comissões estão distribuídos nos Estados do Paraná (4 OPOs, 67 CIHDOTTs, 70 enfermeiros), no Estado de Santa Catarina (Sem OPOs, 45 CIHDOTTs, 47 enfermeiros) e no Rio Grande do Sul (7 OPOs, 63 CIHDOTTs, 66 enfermeiros), no período da coleta.

Para Gil (2010), a seleção dos participantes de uma pesquisa é muito importante, pois, seu objetivo consiste em generalizar os dados obtidos de uma amostra para a população da qual tal amostra foi constituída. Ainda para o autor, de uma maneira geral os elementos a serem investigados são tão numerosos que se torna impossível considera-lo em sua totalidade, por isso, é necessário valer-se de uma amostragem, ou seja, trabalhar com uma parte dos elementos que compõem o universo (GIL, 2010).

Neste estudo adotou-se a amostragem tipo probabilística, na qual todos os enfermeiros das CIHDOTTs da região sul do Brasil (N=185) foram convidados para participar da pesquisa. Portanto, a amostra foi composta pelos enfermeiros integrantes da CIHDOTTs da região sul do Brasil que aderiram ao convite (N=125), e autorizaram a sua inserção mediante aceitação on-line a sua participação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na amostra probabilística, todos os participantes do estudo têm a mesma probabilidade de serem escolhidos (GIL, 2010). Assim sendo, esse método possibilita a

generalização do resultado para toda a população, sendo desse modo a amostra representativa para toda a população estudada.

> *O método garante que todas as unidades amostrais possuam chances conhecidas e iguais de serem selecionadas, independentemente do tamanho da amostra, o que produz uma representação válida da população-alvo. (HAIR et. al., 2010, p.160).*

Com a finalidade do questionário atingir todos os enfermeiros de CIHDOTT, foram necessários utilizar quatro estratégias para a realização da captura dos dados conforme síntese na (Figura14). A obtenção de informações iniciais sobre os possíveis participantes/amostra foi mediante contato com os coordenadores das Centrais Estaduais de Transplantes, enviando juntamente uma cópia do projeto de pesquisa, e do parecer do comitê de ética (ANEXO A) por meio de carta (APÊNDICE A), via e-mail.

As respostas obtidas das Centrais Estaduais de Transplante CET) informaram que seus dados estavam desatualizadas, justificadas pela alta rotatividade dos membros de CIHDOTT nos hospitais. Entretanto, obteve-se nessa primeira estratégia um ponto muito positiva poisos CET repassaram a nominata dos hospitais que possuíam CIHDOTT em sua organização: Paraná com 67 hospitais com CIHDOTTs; Santa Catarina 45 hospitais com CIHDOTTs e no Rio Grande do Sul, 63 hospitais com CIHDOTTs, totalizando 175 CIHDOTTs na Região Sul do Brasil. Além desses dados forneceram os contatos telefônicos e *e-mails* em seu respectivo Estado. Esses dados permitiram organizar a segunda estratégia.

A segunda estratégia ocorreu por contato telefônico com cada unidade hospitalar que continha uma CIHDOTT, informada previamente pelas CET dos três. A cada comunicação com as CIHDOTTs foi enviado ao hospital contatado, a carta de apresentação (APENDICE A), o projeto de pesquisa e o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (ANEXO A). A resposta após contato telefônico, foi ínfima, com retorno apenas de4 hospitais enviaram os e-mails dos enfermeiros.

Com retorno insatisfatório, adotou-se a terceira estratégia: Acionar a possibilidade de obter os dados via OPOs. Foram mais uma vez enviados os documentos como, carta de apresentação, projeto de pesquisa e parecer de aprovação do CEP para as coordenações das OPOs dos três estado, na esperança de alcançar sucesso. No caso de Santa Catarina, como não possui OPO, foi realizado novo contato com a Central de Transplantes. A terceira estratégia também não obteve resposta significativa.

Diante dessa situação, adotou-se a quarta estratégia: convidar o enfermeiro responsável de cada OPOs a participar como interlocutora entre o pesquisador e os enfermeiros de CIHDOTT da sua área de abrangência. Cada enfermeiro interlocutor além de informar o número de enfermeiros da OPOs de sua instituição, foi indicado como responsável, por repassar o *link* do questionário de pesquisa aos enfermeiros da sua lista de contato e pelo seu retorno.

Essa estratégia adotada obteve maior êxito identificando 70 enfermeiros no Paraná, 67 enfermeiros no Rio Grande do Sul, e 48 enfermeiros em Santa Catarina. Totalizando uma população de N=185 enfermeiros membros de CIHDOTT na Região Sul do Brasil. Como critério de inclusão foram elencados: ser profissional enfermeiro, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem no Brasil e atuar em CIHDOTTs de forma integral ou parcial. Os critérios de exclusão foram os enfermeiros afastados de suas atividades nas CIHDOTTs por motivos diversos no período da coleta de dados.

Como este estudo, procurou evidenciar dados relativos às CIHDOTTS, e compará-los entre os três estados do Sul do Brasil, utilizou-se a amostragem estratificada não proporcional. Gil (2010), considera que a amostra estratificada não proporcional é aquela que os vários grupos (Estados da região Sul do Brasil) estudados não trazem proporção entre o número de pesquisados em relação ao universo. Este procedimento, segundo Gil (2010) é o mais indicado, quando há interesse em comparar os vários grupos ou estratos

Para calcular a amostragem da população de 185 enfermeiros de CIHDOTT existentes nos Estados do Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina, utilizou-se a fórmula a seguir baseada em Gil (2010) e Agranonik e Hirakata (2011):

$$n = \frac{p(1-p)Z^2.N}{E^2(N-1) + Z^2.p(1-p)}$$

Legenda:

n= amostra
p= proporção esperada
Z= nível de confiança
N=população
E= margem de erro

Figura 13: Cálculo para obter a amostra dos participantes.

$$n = \frac{0{,}5.(1-0{,}5).1{,}96^2.185}{0{,}05^2(185-1)+1.96^2.0{,}5(1-0{,}5)}$$

$$n = \frac{0{,}5\,.\,0{,}5\,.\,3{,}84\,.\,185}{0.0025\,.\,184+3{,}84\,.\,0{,}5\,.\,0{,}5}$$

$$n = \frac{176{,}64}{0{,}46+0.96}$$

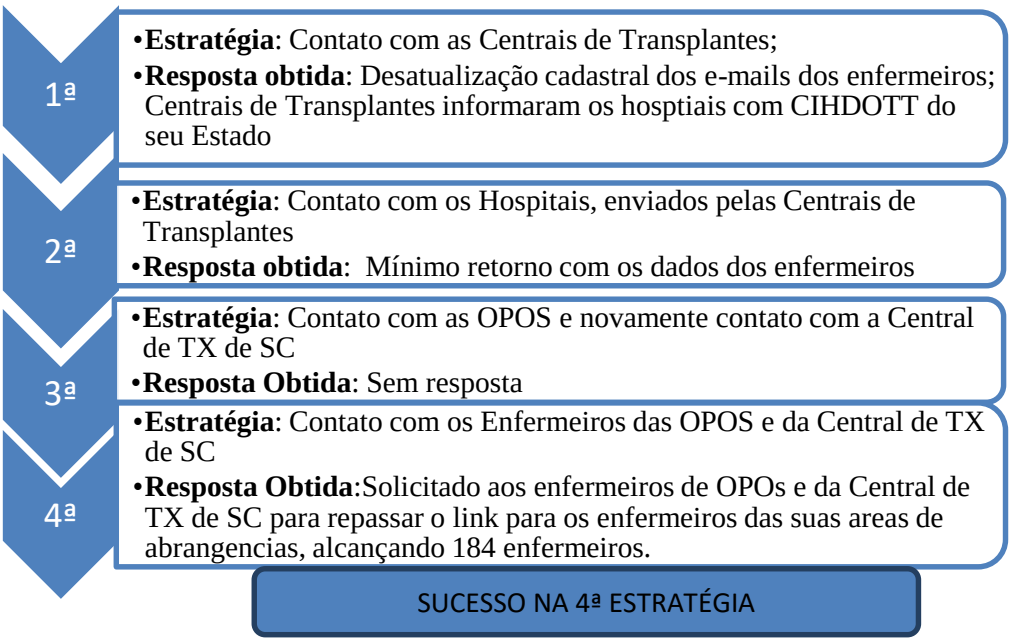
$$n = \frac{176{,}64}{1{,}42}$$

$$n = 124{,}39 \;\rightarrow\; n = 125$$

Fonte: Com base em Gil (2010) elaborada pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira(2019)

Desse modo, aplicou-se nesse estudo a amostragem probabilística e técnica de amostragem estratificada não proporcional (GIL, 2010). Definiu-se como um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5% e baseando-se numa população de 184 enfermeiros, e aplicação da fórmula para o cálculo amostral, que segundo Gil (2010 e Agranonik e Hirakata (2011), obteve-se uma amostra mínima de 125 enfermeiros de CIHDOTTs da Região Sul do Brasil.

Figura14: Representação das quatro estratégias utilizadas para obter resposta positiva ao envio do instrumento de pesquisa aos possíveis entrevistados, enfermeiros de CIHDOTTs da Região Sul do Brasil.



Fonte: Dados da pesquisa, elaborada pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira, 2019.

3.4 Coleta dos dados

A coleta de dados teve início somente após a aprovação da proposta pelo Comitê de Ética em pesquisas com seres humanos (ANEXO A) e após o êxito da 4ª estratégia para encontrar os possíveis participantes/amostra (Figura 14) os endereços, *e-mails* e telefone.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário com questões fechadas e abertas elaborado, especificamente, para esse estudo, versando sobre a temática da questão de pesquisa, objetivos e Tese e adaptado ao *Google Docs* eletrônico.

Gil (2010) descreve um questionário como uma técnica de investigação constituída por questões com a finalidade de levantar informações sobre conhecimentos, sentimentos, valores, interesses, expectativas entre outros. Já Severino (2017), considera um questionário como um conjunto de questões que de modo sistemático e articulado, destinam-se a obter dados escritos dos participantes/amosta, no intuito de conhecer características ou opinião sobre determinado assunto.

O *Google Docs* é o resultado da combinação entre o *Google Spreadsheets* e *Writely*, onde mantém um espaço protegido e vinculado a uma conta *Google* (BARROSO e COUTINHO, 2009). O *Google Docs* possuí dentre muitas ferramentas, uma denominada *"Formulário"* ou *"Forms"* do *Google Docs*, que possibilita coletar informações de sujeitos por meio de uma pesquisa ou questionário *on-line* personalizado, onde os dados são coletados e armazenados automaticamente em uma planilha gerada pela própria ferramenta. *Hair et al* (2014) descreve que com o avanço da tecnologia há uma tendência crescente na busca por dados e informações obtidas pelo telefone e *internet.*

O *Google Forms* é, portanto, um aplicativo da *Web* que possibilita coletar dados para pesquisas cujos formulários podem ser distribuídos para participantes via *on-line.* O *Forms do Google Docs* é disponibilizado gratuitamente no *Google Drive* e vinculado à nuvem do *Google*. É chamado de nuvem todo o sistema de armazenamento de arquivos em servidores próprios da empresa, tornando as informações mais seguras, longe de problemas físicos ou de *softwares* dos armazenamentos domésticos, além de permitir o acesso dos dados a partir de vários dispositivos eletrônicos que tenham acesso à *internet*, como computadores, *tablets*, celulares entre outros.

O aplicativo do *Google Forms* é gratuito e considerado de fácil manuseio e aplicabilidade, destinado para a *Web* no intuito de coletar informações por meio de

formulários *on-line*. As respostas são enviadas diretamente para uma planilha, configurada para facilitar a análise e automaticamente os dados são salvos e armazenados no seu *Google Drive* (MALLETTE& BARONE, 2013)

Assim, as respostas enviadas pelos participantes são reunidas automaticamente em uma planilha na nuvem que pode ser visualizada *on-line* ou exportada para *softwares* de planilha como o Microsoft Excel, possibilitando uma análise de dados mais fácil ou permitindo a importação desses dados para um *software* de análises estatísticas (DJENNO, INSUA& PHO, 2015).O *Google Forms* tem desfrutado popularidade nos últimos anos entre os professores do ensino médio pela facilidade de uso e segurança (ADAMS, 2008; MALLETTE e BARONE, 2013), contudo, tem-se observado seu uso cada vez maior no ensino de gradação e pós-graduação (FRANSEN et.al., 2011; TAYLOR e DOEHLER, 2014).

Após a elaboração do questionário do *Tipo Likert* (APÊNDICE E) no *Google Forms*, esse foi submetido a um Teste Piloto, com oito entrevistados, com a finalidade de ajustá-lo ao público alvo que após, algumas adequações, foi enviado aos possíveis entrevistados, via formulário eletrônico do *Google Forms*. Apenas 2 experts do teste piloto foram incluídos neste estudo.

A escala, Tipo *Likert*, é um método de medida, utilizada em pesquisas, para apresentar ao entrevistado, um conjunto de opções que possibilitam a escolha de uma delas (HARPE, 2015). Na presente pesquisa utilizou-se para cada questão a escolha das opções*:* Sempre, Frequentemente, Às vezes, Raramente e Nunca. Esse conjunto de respostas estavam distribuídos e igualmente espaçados, além de incluir uma opção neutra.

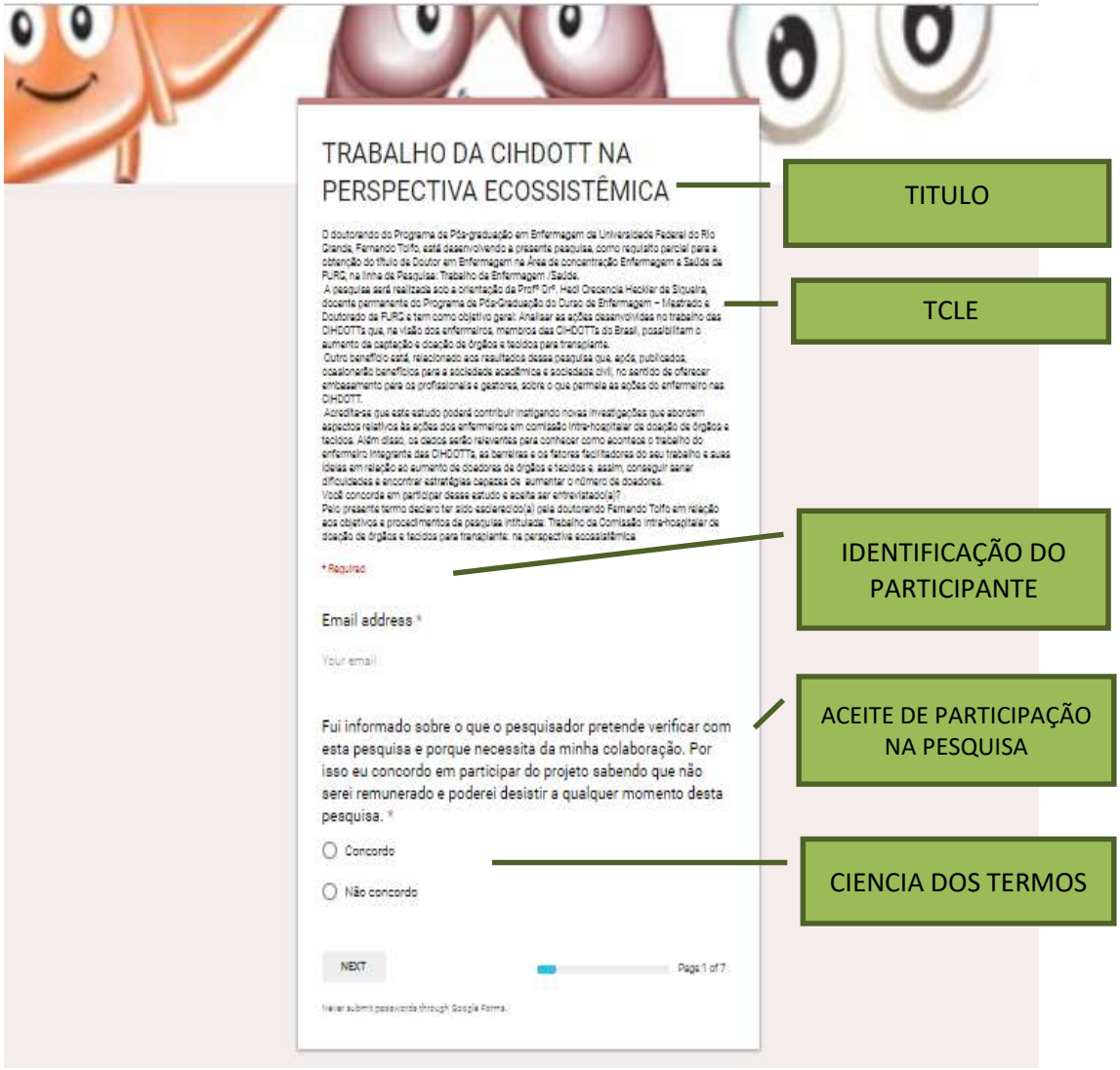
O questionário em relação às questões fechadas quantitativas, contemplou18variáveis acerca dos dados sociodemográficos e funcionais, nove variáveis relativas às ações gerenciais e burocráticas das CIHDOTTs, 10variáveis para verificar as ações de CIHDOTT direcionadas aos aspectos relacionais do ambiente intra e extra-hospitalar, cinco variáveis que buscaram examinar as ações educativas desenvolvidas pelas CIHDOTTs, e 11sobre as ações de cuidado ao usuário possível doador e sua família.

As questões abertas de cunho qualitativo foram compostas por cinco temas abertas elaboradas a fim de obter dados dos participantes sobre a capacitação prévia dos enfermeiros antes do seu ingresso na CIHDOTT; fatores e barreiras que dificultam a doação de órgãos; fatores facilitadores no processo de doação de órgãos; ações desenvolvidas nos hospitais capazes de aumentar a doação de órgãos e sobre a sua opinião relacionada a entrevista familiar.

Após a adaptação do instrumento ao *Google Forms* foi gerado um *link* do questionário e enviado via *online* para os possíveis entrevistados. O método utilizado permitiu ao entrevistado, ao abrir o *link*, visualizar uma tela que precede o questionário informou-o sobre a necessidade de preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), e assim possibilitar o prosseguimento do questionário. O enfermeiro ao aceitar participar da pesquisa foi convidado a adicionar seu *e-mail* e, assim, confirmando seu aceite. Com esse procedimento respeitou-se a confidencialidade e a aceitação voluntária do entrevistado na pesquisa.

A seguir encontra-se a imagem projetada pelo *Google Forms* ao possível entrevistado e mostra os detalhes da pesquisa entes de iniciar a responder o questionário de pesquisa.

Figura 15: Imagem projetada pelo *Google Forms para* a resposta do aceite da pesquisa



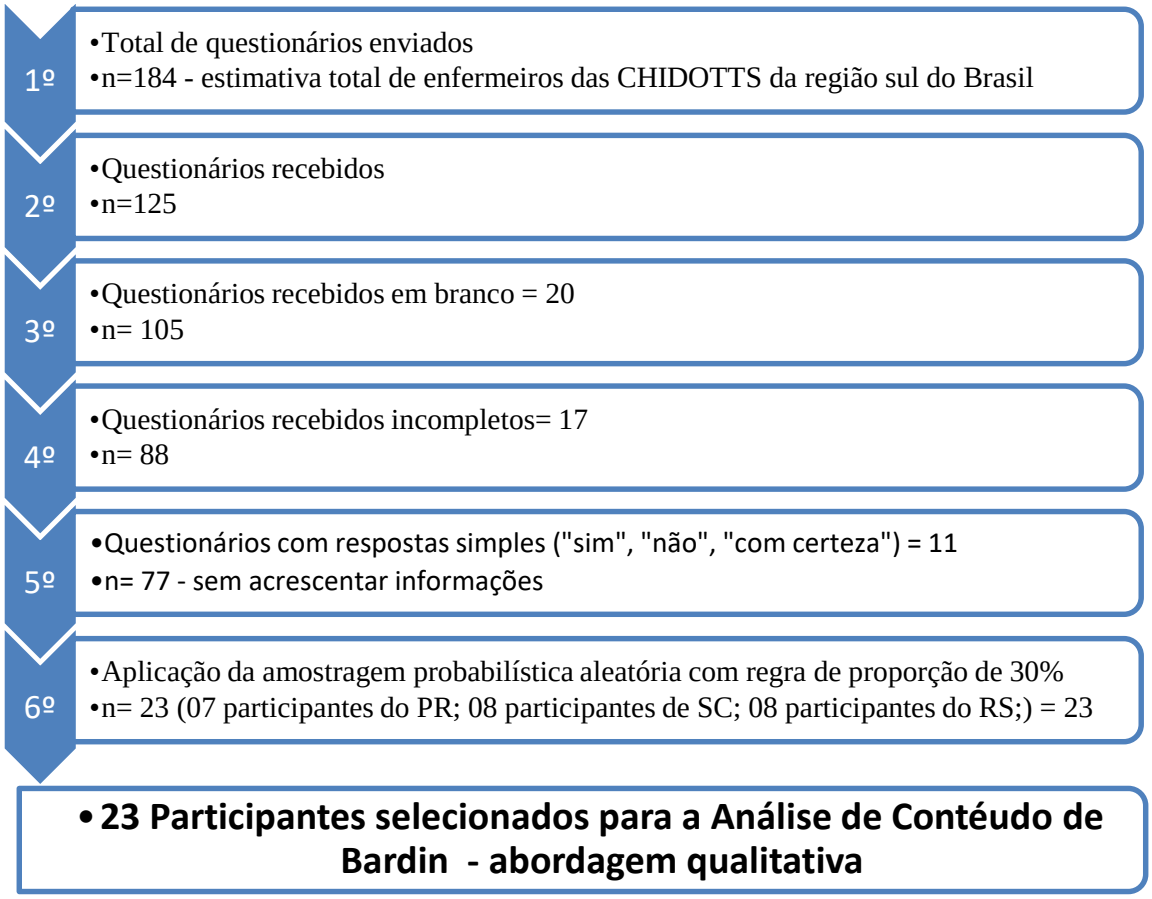
Fonte: Figura retirado da ferramenta do *Google Forms*, adaptada e inserida pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira no documento de pesquisa(2019)

O participante ao informar seu e-mail, e marcar a opção “concordo” manifestava seu desejo em participar e responder o questionário proposto, conduzindo-o para novas etapas a cumprir no instrumento. Caso o enfermeiro, informasse seu e-mail e não concordasse em participar da pesquisa o questionário era interrompido nesse momento, finalizando o questionário. O Instrumento para coleta de dados encontra-se em anexo nesse projeto (APÊNCICE E).

Obteve-se devolução de 125 instrumentos preenchidos pelos enfermeiros de CIHDOTTs. Para a pesquisa quantitativa todos os 125 instrumentos devolvidos, devidamente preenchidos, foram aceitos. Em relação a parte qualitativa do instrumento, não obrigatória para a devolução das questões quantitativas, 105 responderam essa parte do instrumento. Para seleção dos participantes para essa etapa da pesquisa, aplicou-se os seguintes critérios de exclusão: incompletude das respostas qualitativas, respostas com uma ou duas palavras simples, (ex.: Sim, Não, Com certeza), sem possibilidade de conhecer a opinião e a ideia do participante. Quanto ao critério da incompletude foram excluídos 17 entrevistas e com respostas simples 11 entrevistas, totalizando para a análise 78instrumentos. Dessas 23 respondentes eram do Estado do Paraná, 27 participantes de Santa Catarina e 27 do Enfermeiros de CIHDOTT do Rio Grande do Sul, número de entrevistas considerado excessivo por tratar-se de pesquisa qualitativa.

Optou-se em limitá-las em 30% de participantes em cada cenário estudado, uma vez que os questionários devolvidos não foram em número igual. Assim, foi aplicada a regra de proporção resultando em, sete participantes do Paraná, oito de Santa Catarina e oito do Rio Grande do Sul totalizando 23 participantes para a análise qualitativa. Para a escolha da inclusão dos participantes aplicou-se a amostragem probabilística aleatória, permitindo, assim a mesma probabilidade de ser incluído na composição dos dados e respeitando a proporcionalidade representatividade de cada estado.

Figura 16: Número de Participantes da pesquisa quantitativa e qualitativa nos cenários pesquisados.



Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira (2020).

3.5. Aspectos éticos

Após aprovação pela Banca Examinadora, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem da FURG, e cadastrado no site da PROPESP/FURG e, posteriormente, foi realizado o registro da pesquisa no SISNEP. A seguir o projeto foi registrado na Plataforma Brasil para apreciação e aprovação para fins de encaminhamento ao Comitê de Ética em Saúde da FURG (CEPAS- FURG). Salienta-se que a coleta de dados, só foi iniciada no Brasil após a aprovação do respectivo projeto.

No Brasil, a apreciação dos aspectos éticos e científicos das pesquisas com seres humanos foi realizada pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O CEP é um grupo constituído para a defesa dos interesses e direitos dos participantes das pesquisas científicas, bem como possuí a

incumbência de acompanhar e monitorar o desenvolvimento das pesquisas apreciadas por seus membros (CARVALHO e JÁCOME 2018).

Neste estudo, foram respeitados os preceitos éticos da Resolução Nº. 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, assim como os dispostos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, capítulo III (do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica), artigos 89, 90 e 91 que tratam das responsabilidades e deveres e artigos 94 e 98 (COFEN, 2007).

A ética não é apenas questão de sigilo, envolve a observação de normas de conduta corretas em todas as dimensões da vida. Ao realizar uma pesquisa, existe o risco de invadir a privacidade do pesquisado, pois se necessita utilizar das suas respostas (VICTORIA; KNAUT; HASSEN, 2000). Por isto, a questão ética neste estudo foi mais que um instrumento de consentimento informado. Foi respeitado toda e qualquer informação que viole o anonimato dos sujeitos ou instituições envolvidas.

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) constou a participação voluntária do participante, elucidação dos objetivos deste estudo e o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase do trabalho, sem prejuízo pessoal e/ou profissional, e, em conformidade com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos será garantido: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

O participante foi respeitado em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, bem como foi assegurado sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio da manifestação expressa, livre e esclarecida. Todas as vias enviadas eletronicamente continham o endereço, o contato dos pesquisadores e do CEPAS. Também ficou assegurada a possibilidade de desistência de participação na pesquisa a qualquer momento e o acesso às informações por eles obtidas e aos resultados do estudo.

3.5.1 Análise crítica de riscos e benefícios

A princípio, não existiu riscos evidentes, contudo, riscos mínimos podiam estar relacionados à dimensão psíquica, dos profissionais participantes. Entretanto, caso houvesse algum sujeito com necessidades nessa dimensão, a coleta de dados com esse participante, seria interrompida, temporariamente e retomada mais tarde, ou conforme fosse o seu desejo, poderia ser suspensa. Nenhum participante sentiu a necessidade de um acompanhamento de um profissional habilitado, mesmo os pesquisadores

disponibilizando todos os custos necessários ao atendimento desse participante de modo gratuito.

Declara-se que foram respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes, tanto individuais quanto coletivos e será cumprido o rigor cientifico que a pesquisa exige.

O estudo não causou benefícios diretos aos participantes da pesquisa, porém oportunizou reflexões sobre os conhecimentos produzidos pelos pesquisadores, através do emprego de seus saberes provenientes de referenciais bibliográficos e experiências oriundas da prática, possibilitando aos participantes reconhecimentos sobre a importância de seu trabalho.

Outro benefício está, relacionado aos resultados dessa pesquisa que, após, publicados, ocasionarão benefícios para a sociedade acadêmica e sociedade civil, no sentido de oferecer embasamentos para os profissionais e gestores, sobre o que permeia as ações do enfermeiro nas CIHDOTT.

Acredita-se que este estudo poderá contribuir instigando novas investigações que abordem aspectos relativos às ações dos enfermeiros nas Comissões intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos. Além disso, os dados serão relevantes para conhecer como acontece o trabalho do enfermeiro integrante das CIHDOTTs, as barreiras e os fatores facilitadoresdo seu trabalho e suas ideias em relação ao aumento de doadores de órgãos e tecidos e, assim, conseguir sanar dificuldades e encontrar estratégias capazes de aumentar o número de doadores.

3.5.2 Explicitação das responsabilidades dos pesquisadores

Os autores da pesquisa responsabilizaram-se por todos os processos envolvidos na pesquisa, tendo o compromisso com a confidencialidade dos sujeitos participantes, assumindo a responsabilidade com o cumprimento integral da Resolução 466/12, que rege as pesquisas com seres humanos.

3.5.3 Explicitação de critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa

A pesquisa não envolveu qualquer risco ou danos aos participantes da pesquisa, não necessitando nenhuma comunicação especial ao sistema CEP/CONEP. Informamos que a pesquisa foi desenvolvida sem intercorrências desfavoráveis.

3.5.4 Declaração de que os resultados serão tornados públicos

Após conclusão deste estudo, serão divulgados os resultados da pesquisa, independentemente dos resultados obtidos, favoráveis ou não, ficando disponíveis na biblioteca do Campus Saúde da FURG, para elaboração de trabalhos de conclusão de curso de graduação, monografias, de cursos de especialização, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, além de sua divulgação em eventos. Os materiais e dados coletados serão utilizados, exclusivamente, para fins de publicações científicas. Ressalta-se que não existem conflitos de interesses entre os pesquisadores e os participantes da pesquisa. Declara-se que são aceitas as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

3.5.5 Declaração sobre o uso e destinação dos dados e/ou materiais coletados

Os dados obtidos durante a presente pesquisa ficarão sob a responsabilidade do pesquisador responsável para poder realizar a análise e sua comparação. Posteriormente, serão arquivados em caixa lacrada, por um período de cinco anos, e assim, se assegura a legitimidade do estudo e serão guardados no Banco de Dados do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES), sob a supervisão da Profª Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, orientadora deste projeto de tese e líder desse grupo de pesquisa, após este período os dados serão destruídos.

3.5.6 Demonstrativo da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa

A Escola de Enfermagem da FURG e o GEES foram responsáveis pela infraestrutura necessária para a realização da pesquisa. Os custos do projeto foram providos pelos pesquisadores.

3.6.Análise dos dados coletados

Por tratar-se de estudo misto os dados coletados foram analisados com ferramentas distintas conforme segue:

3.6.1 Análise dos dados quantitativos

A ferramenta utilizada para a análise dos dados quantitativos foi o software SPSS 25 *(Statistical Package for Social Science*), que é propriedade da *IBM Corporation*. A partir do SPSS será analisado o perfil dos respondentes.

Para tanto, inicialmente foi realizada a estatística descritiva para caracterização da amostra, seguida da análise da normalidade dos dados pelo Teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Para comparação, entre os diferentes estados, de variáveis categóricas foi utilizado o Teste de Qui-quadrado. Já para verificar as associações de variáveis continuas paramétricas foi utilizado a ANOVA de uma via, e para as contínuas não-paramétricas foi utilizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov. O nível de significância para todas as análises foi de 0,05 e as análise foram realizadas no Software SPSS versão25.

Para apresentar os dados coletados foi utilizada a distribuição de frequências visando a construir histogramas, tabelas, quadros e figuras que ilustram melhor os resultados obtidos. Field (2013) fala que a distribuição de frequência, ou histograma, consiste em condicionar os dados na representação gráfica o número de vezes que cada dado apareceu, sendo útil para avaliar as propriedades de um conjunto de valores.

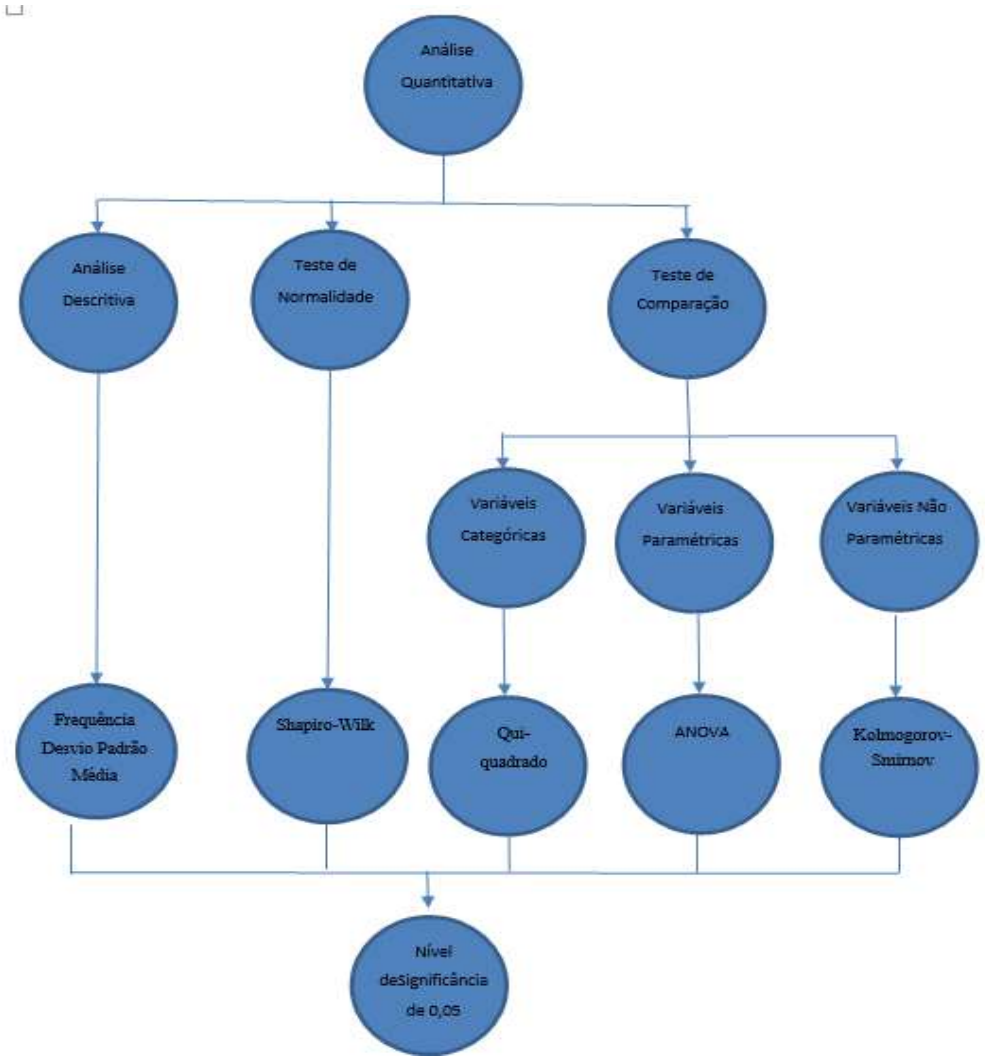
Outro modo de análise dos dados é por meio dos modelos estatísticos simples, onde se inclui a média, o desvio padrão, teste normalidade, Qui-quadrado, entre outros. A média é um dos modelos mais simples e usados na estatística. Ela é considerada como um valor hipotético que pode ser calculado para qualquer conjunto de dados, sendo utilizada para resumir os dados obtidos (FIELD, 2013). Já o desvio padrão é uma medida que indica a média os dados. Quanto maior o desvio padrão, mais distante da média estão dos dados, o que sugere que a média pode não representar com precisão os dados. Contudo o inverso ocorre quando o desvio padrão está muito próximo da média (FIELD, 2013).

Muitas vezes, em vez de olhar para os relacionamentos entre variáveis, pode-se verificar as diferenças entre grupos. Em certas pesquisas, quer-se manipular o que acontece às pessoas para que se possa fazer inferências causais (FIELD, 2013). O teste Qui-quadrado possibilita observar se existe relacionamento entre duas variáveis categóricas. É uma estatística elegante baseada na ideia de comparar frequências que

foram observadas em certas categorias como as frequências que se espera conseguir nessas categorias (FIELD, 2013).

Todos os testes até então apresentados devem determinar diferenças entre as médias. Esses testes apresentam por base, hipóteses paramétricas. Porém, pode ocorrer que, em alguns casos, não seja possível corrigir a distribuição dos dados, sendo necessário usar procedimentos especiais chamados de testes não-paramétricos. Field (2013) comenta que os testes não paramétricos trabalham com a ideia de categorizar os dados, isto é, encontrar o menor valor e atribuir um posto a ele. Em seguida, achar o maior valor e atribuir o segundo posto e assim sucessivamente. Ainda para o autor, esse é um processo engenhoso de utilizar dados que não se encaixam nas hipóteses paramétricas (FIELD, 2013). A seguir encontra-se o desenho de pesquisa que traz de modo ilustrativo o percurso metodológico quantitativo desse estudo.

Figura 17:Representação das etapas da metodologia da análise quantitativa



Fonte: Diagramacom base em Field, elaborado polos pesquisadores Tolfo e Siqueira (2020).

3.6.2 Análise dos dados qualitativa

Para análise dos dados qualitativos, optou-se em dois modos de análise distintos. A primeira, foi mediada pela análise de conteúdo de Bardin (2011). Este método oferece ao pesquisador, um conjugado de técnicas de análises, aspirando obter, por meio de etapas sistemáticas aplicadas ao conteúdo dos discursos, inferir conhecimentos relativos as falas dos participantes (BARDIN, 2011).

A análise dos dados qualitativos a partir da análise de conteúdo de Bardin (2011), que descreve o percurso que garante que a entrevista seja analisada de modo sistemático. Este método, pode ser compreendido como um combinado de técnicas tratamento e de análise de dados obtidos por meio de relatos, documentos, falas, discursos entre outros, objetivando a descrição do conteúdo das mensagens, buscando interpretar o conteúdo de uma mensagem, favorecendo para o pesquisador conhecer aquilo que está por traz das palavras.

Sendo assim, a Análise de Conteúdo de Bardin, pode ser usada como uma ferramenta para a exploração de documentos, no intuito de identificar e/ou descobrir o que se procura evidenciar. Bardin (2011) aponta 3 etapas a serem realizadas de forma sequencial: pré-análise, exploração do material e resultados obtidos e interpretação.

A primeira etapa, chamada de pré-análise, na qual se organiza todo o material para ser analisado, destacam-se trechos e inicia-se a categorização. A pré-análise tem por objetivo organizar o material de pesquisa, para deixa-lo operacional e sistematizar as ideias iniciais. Essa fase se dá por meio da leitura flutuante, escolha dos documentos e entrevistas, possibilitando constituir o *corpus* de análise (BARDIN, 2011). Ele também descreve as três incumbências da pré-análise que são: a escolha dos documentos a serem selecionados para análise, a formulação de pressupostos, e a sinalização das referências no material que sustentem a interpretação final dos dados.

A segunda fase refere-se à exploração do material e é a fase mais longa. Pode-se fazer necessário várias releituras de um mesmo material. Bardin (2011) comenta que os dados brutos do material devem ser codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto. Essa codificação envolve procedimentos de contagem, classificação, ou enumeração. Bardin (2011) também explica que nesta fase é necessário realizar a análise propriamente dita. Consiste, portanto, em codificar e realizar recortes em unidades de registro que comporão as categorias. Para apresentar os resultados, Bardin (2011) fala

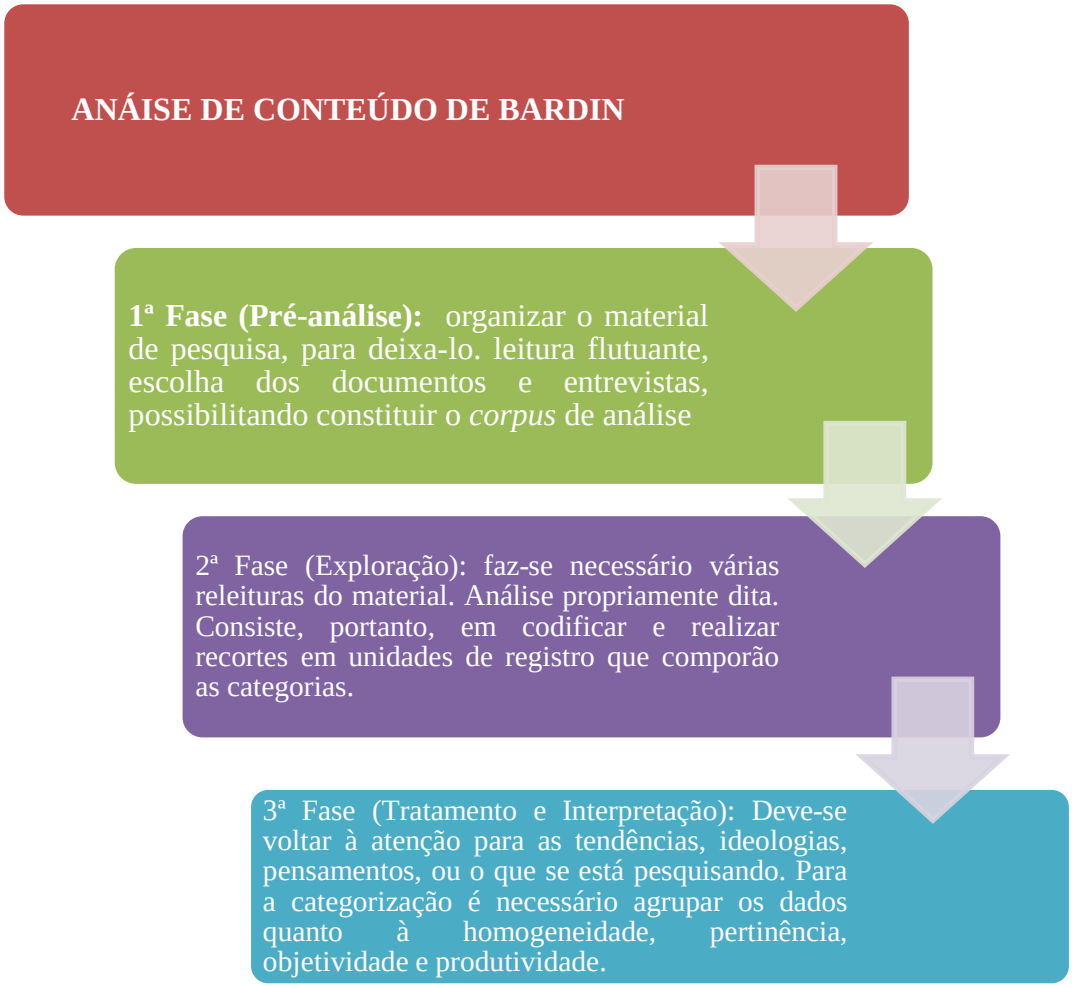
que é necessário organizar os dados disponíveis, separa-los e categorizá-los, para no final interpretá-los.

A terceira fase é o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação a partir de conceitos qualitativos. Por isso, deve-se voltar à atenção para as tendências, ideologias, pensamentos, ou o que se está pesquisando. Os dados que serão colhidos passarão pela apreciação categorial da análise de conteúdo, entendendo que uma categoria consiste no conjunto de elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, baseadas nos depoimentos obtidos. Para a categorização das unidades de registro, faz-se necessário agrupar os dados quanto à homogeneidade, pertinência, objetividade e produtividade (BARDIN, 2011). Nesta fase, retoma-se, constantemente, os objetivos e os pressupostos iniciais dessa pesquisa, relacionando-os ao material coletado, criando desse modo indicadores que nortearão a interpretação final.

Bardin (2011) refere que, na leitura flutuante, deve haver um contato exaustivo com o material a ser analisado, e que envolve a organização do material, de maneira a responder aos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Neste estudo, após a transcrição das entrevistas serão realizadas várias leituras, sistematizando as partes importantes e pertinentes da pesquisa, as quais receberão destaque com canetas marca texto de cores diferentes, já com o intuito de classificar as falas, pensando e refletindo nas possibilidades dos grandes temas ou categorias.

Após a leitura flutuante e ênfase das falas relevantes, foi realizada a classificação dos trechos, de acordo com sua ocorrência, criando vários subtemas. Ressalta-se que, nesse momento, ainda não há definição dos grandes temas. Para a criação dos grandes temas, adotar-se-á a aglutinação de subtemas de acordo com a informação contida. Bardin (2011) acrescenta que nessa fase, os dados brutos serão submetidos a procedimentos e operações que possibilitem observar as afinidades entre os dados, a fim de se tornarem significativos e válidos e de evidenciarem as informações obtidas. De posse dessas informações, foram realizadas inferências e realizadas suas interpretações de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos, ou identificadas novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

Figura 18: Síntese dos passos da Análise de Conteúdo segundo Bardin (2011), 2020



Fonte: Com base em Bardin (2011) organizada pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira

4 DADOS E RESULTADOS DA PESQUISA

"O racional e o intuitivo são modos complementares de funcionamento da mente humana."

Fritjof Capra

Os dados obtidos pelo método misto seguem a análise e tratamento dessas informações observando a sua abordagem específica. Desse modo, a análise dos dados qualitativos, deu-se pelo método da Análise de Conteúdo de Bardin. A análise dos dados quantitativos foi realizada por meio da análise estatística, utilizando-se para tanto, o *Statistical Package for Social Science (*SPSS) versão 25, para a inferir e correlacionar os dados entre si.

Para maior clareza e visibilidade foram analisados e organizados de maneira inter-relacionada contemplando a abordagem do método misto, agrupados em tabelas, quadros e figuras contemplando **sete categorias** apresentadas a seguir:

4.1 Perfil Sociodemográfico dos enfermeiros membros das CIHDOTTs da Região Sul do Brasil

Os dados do perfil sociodemográfico da amostra (N=125 compreende informações sobre os participantes quanto a idade, sexo, turno de trabalho, e escolaridade para identificar as principais características/variáveis dos enfermeiros membros de CIHDOTT dos estados da Região Sul do Brasil: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul

Os dados dessa categoria são apresentados na tabela 1e foram brevemente analisados, obtendo-se alguns resultados pertinentes.

Tabela 01: Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros membros das CIHDOTTs da Região Sul do Brasil. Brasil, 2019, N=125.

Variáveis	Geral		Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul		p-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Faixa Etária (anos)									
Até 30	32	25,6	11	29,7	13	27,1	8	20	0,793
De 31 a 40	61	48,8	18	48,6	22	45,8	21	52,5	
De 41 a 50	29	23,2	8	21,6	12	25,0	9	22,5	
Mais de 50	3	2,4	0	0,0	1	2,1	2	5	
Sexo									
Masculino	26	20,8	10	27,0	12	25,0	4	10	0,121
Feminino	99	79,2	27	73,0	36	75,0	36	90	
Turno de Trabalho									
Manhã	24	19,2	6	16,2	9	18,8	9	22,5	0,154
Tarde	7	5,6	1	2,7	2	4,2	4	10	
Noite	22	17,6	6	16,2	5	10,4	11	27,5	
Misto	72	57,6	24	64,9	32	66,7	16	40	
Escolaridade									
Graduação	14	11,2	3	8,1	7	14,6	4	10	0,421
Especialização	92	73,6	27	73,0	32	66,7	33	82,5	
Mestrado	18	14,4	6	16,2	9	18,8	3	7,5	
Doutorado	1	0,8	1	2,7	0	0,0	0	0	
Pós-doutorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	
Total	**125**	**100**	**37**	**100**	**48**	**100**	**40**	**100**	

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira.

Evidencia-se que a maioria da amostra concentra na faixa de idade entre 31 e 40 anos (N=61,48,8%), dado presente, também, ao analisar os dados separadamente os estados: Paraná (N=18, 48,6%), Santa Catarina (N=22, 45.8%) e Rio Grande do Sul (N=21, 52,5%). Percebe-se que a faixa de idade até 30 anos vem em seguida na estatística geral (N=32, 25,6%) e nos estados do Paraná (N=11, 29,7%) e Santa Catarina (N=13, 27,1%), no Rio Grande do Sul esta faixa etária de até 30 anos está na terceira colocação com (N=8, 20%).

Quanto ao sexo, há predomínio do sexo feminino (N=99, 79,2%) frente ao masculino (N=26, 20,8%). Esse predomínio é percebido em todos os estados da região sul do Brasil. Ao tocante ao turno de trabalho, a maioria dos enfermeiros de CIHDOTT trabalham em horários mistos (N=71, 57,6%), seguidos pelos turno da manhã (N=24,19,2%) e turno da Noite (N=22, 17,6%). Esta proporção só é diferente no Rio Grande do Sul, onde se percebe que o turno da noite (N=11, 27,5%) é maior que o turno da manhã (N=9, 2,5%).

Em relação a formação os 125 enfermeiros de CIHDOTTs entrevistados, (N=92, 73,6%), possuem curso de *lato sensu*, seguido de *strictu sensu* mestrado (N=18, 14.4%) e Doutorado (N=1, 0,8%). Observa-se também que, apesar do Estado do Rio Grande do Sul possuir o maior número de enfermeiros com *latu senso* entre os três estados estudados, o número de mestres presentes nas CIHDOTT está bem abaixo dos estados do Paraná e Santa Catarina que detém respectivamente (N=6, 16,6%) e (N=9, 18,8%) de mestres em suas CIHDOTTs.

Após os questionamentos sobre o perfil sociodemográfico dos participantes, foi traçado um perfil funcional do enfermeiro de CIHDOTT, detalhado na tabela a seguir.

4.2 Caracterização funcional dos enfermeiros membros de CIHDOTT da Região Sul do Brasil

Este subcapítulo delineia brevemente o perfil funcional, ou seja, uma silhueta sobre o trabalho do enfermeiro de CIHDOTT, e sua trajetória na CIHDOTT e outros aspectos que caracterizam o seu perfil de atuação no trabalho, conforme descritos na tabela 02, apresentada a seguir:

Tabela 02: Caracterização funcional dos enfermeiros membros de CIHDOTT da Região Sul do Brasil. Brasil, 2020 N=125

Variáveis	Geral		Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul		p-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Você é um doador de órgãos?									
Sim	100	100	37	100	48	100	40	100	-
Não	0	0	0	0	0	0	0	0	
Você já conversou sobre sua família sobre sua decisão de ser ou não um doador de órgãos?									
Sim	124	99,2	36	97,3	48	100	40	100	0.302
Não	1	0,8	1	2,7	0	0	0	0	
Tempo de profissão na enfermagem? (Anos)									
Até5[(1)]	19	15,2	7	18,9	3	6,3	9	22,5	
6 a 10[(2)]	41	32,8	12	32,4	20	41,7	9	22,5	
11 a 16[(3)]	35	28	12	32,4	11	22,9	12	30	0,175
17 a 20[(4)]	13	10,4	1	2,7	8	16,7	4	10	
> 20[(5)]	17	13,6	5	13,5	6	12,5	6	15	
Média	2,7		2,6		2,9		2,7		
Desvio Padrão	1,2		1,2		1,2		1,3		
Tempo de atuação em CIHDOTT? (Anos)									
Até5[(1)]	85	68	24	64,9	33	68,8	28	70	
6 a 10[(2)]	28	22,4	9	24,3	10	20,8	9	22,5	
11 a 16[(3)]	11	8,8	4	10,8	4	8,3	3	7,5	0,871
17 a 20[(4)]	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	
> 20[(5)]	1	0,8	0	0,0	1	2,1	0	0	
Média	1,4		1,5		1,5		1,4		
Desvio Padrão	0,7		0,7		0,8		0,6		
Você tem algum curso de coordenador de transplantes?									
Sim	101	80,8	27	**73,0**	45	**93,8**	29	**72,5**	0,015
Não	24	19,2	10	27,0	3	6,3	11	27,5	
Quantos anos de experiência você possui como coordenador? (Anos)									
Nenhum[(1)]	36	28,8	14	37,8	8	16,7	14	35	
Até 5[(2)]	63	50,4	17	45,9	27	56,3	19	47,5	
6 a 10[(3)]	21	16,8	4	10,8	10	20,8	7	17,5	
11 a 16[(4)]	5	4	2	5,4	3	6,3	0	0	0,222
> 17[(5)]	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	
Média	2,0		1,8		2,2		1,8		
Desvio Padrão (p)	0,8		0,8		0.8		0,7		
Sua dedicação na CIHDOTT é?									
Exclusiva	22	17,6	14	**37,8**	5	**10,4**	3	**7,5**	0,001
Parcial	103	82,4	23	62,2	43	89,6	37	92,5	
Se trabalha de modo parcial, em qual setor você desempenha suas funções regulares?									
Bloco Cirúrgico	11	8,8	1	2,7	8	16,7	2	5	0,046
UTI[*]	48	38,4	10	27,0	13	27,1	25	62,5	

Emergência	10	8	2	5,4	5	10,4	3	7,5
Unidade Aberta	10	8	2	5,4	5	10,4	3	7,5
Outros	27	21,6	10	27,0	12	25,0	5	12,5
Total	**125**	**100**	**37**	**100**	**48**	**100**	**40**	**100**

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos participantes Tolfo e Siqueira.

A totalidade dos enfermeiros de CIHDOTT pesquisados (N=125) são doadores de órgãos, e destes, (N=124, 99,2%) já avisaram sua família sobre esta intenção. A maior parte dos participantes estão no mercado de trabalho como enfermeiros entre 6 e 16 anos perfazendo a média de (N=76, 60,8%),

Em relação ao tempo de atuação em CIHDOTT, destaca-se que, (N=113, 94, 4%, p=0,7) dos enfermeiros atuam nas CIHDOTT num intervalo de tempo de 0 até 10 anos, salientando que (N=85, 68%) dos entrevistados estão nessas comissões no máximo 5 anos. Há também, semelhante distribuição ao observar os Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul separadamente.

Nota-se que (N=101, 80%) dos enfermeiros das CIHDOTTs, declararam possuir curso de coordenador de Transplantes, curso este fornecido pela Central de Transplante de cada Estado. Houve p-valor significativo nessa questão (p=0,015), e pode estar relacionado com os números, que apesar de estarem acima da média em todos os Estados, Santa Catarina se destaca dos demais com um índice de enfermeiros coordenadores muito além dos demais, apresentando (N=45, 93,8%) de enfermeiros estão habilitados como coordenador de Transplantes, quando comparado aos Estados do Paraná com (N=27, 73%, p=0,013) e Rio Grande do Sul com (N=29, 72.5%, p=0,07). Os dados dos comparativos estão apresentados de forma mais detalhada no Quadro 11.

Ao questionar sobre o tempo de atuação como coordenadores de transplantes, (N=63, 50.4%, p=0,8) responderam que estão em média como coordenadores entre 0 e 5 anos, sendo tal dado vivenciado em todos os Estados.

Ao questionar os enfermeiros sobre sua dedicação a CIHDOTT, eles informaram que de um modo geral (N=103, 82,4%) trabalham parcialmente nas comissões, exercendo suas atividades principais em outros setores do hospital conforme Tabela (02). Esses dados são observados em todos os Estados, no Paraná (N=23, 62,2%), em Santa Catarina (N=43, 89,6%) e no Rio Grande do Sul (N=37, 92,5%). Mesmo a maior parcela dos enfermeiros de CIHDOTTs atuando de modo parcial nas CIHDOTTs, percebe-se, ao analisar os dados dos enfermeiros que responderam que trabalham nas CIHDOTT de modo exclusivo, observa-se diferença significativa entre os Estados (p=0,001), onde ao

comparar o Estado do Paraná((N=37, 37.8%) com p Estado Santa Catarina mostra (N=5, 0,4%) obtém-se um p=valor significativo (p=0,003) e com o Estado do Rio Grande do Sul (N=3, 7,5%, p=0,001), conforme registo apresentado no Quadro 11.

Procurou-se também conhecer os setores hospitalares onde os enfermeiros estão alocados, além de sua atuação nas CIHDOTTs. E, os enfermeiros de CIHDOTT estão alocados nas Unidades de tratamento Intensivo (UTIs) (N=48, 38,4%), em Bloco Cirúrgicos (N=11, 8,8%), Emergências e Unidades Abertas com (N=10, 8%), outros (N=27, 21,6%) estão distribuídos por outro setores dos hospitais. Foi encontrado nível de significância nessa pergunta (p=0,046), e ao comparar os cenários, constatou-se que houve associação significativa entre os Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul (p=0,027).

Depois de aferir dados relativos ao perfil sociodemográfico e funcional dos enfermeiros participantes, procurou-se conhecer os dados relativos às CIHDOTTs onde os respondentes trabalham e realizou-se um estudo comparativo entre as variáveis dos três cenários em estudo, apresentado a seguir noQuadro11:

Quadro 11: Quadro comparativo entre as variáveis e os cenários que apresentaram (p<0,05) nos testes de normalidade do perfil funcional dos enfermeiros das CIHDOTT da Região Sul do Brasil. Brasil, 2019.

PERFIL FUNCIONAL DOS ENFERMEIROS DA REGIÃO SUL DO BRASIL				
Variáveis	**Paraná X Santa Catarina**	**Paraná X Rio Grande do Sul**	**Santa Catarina X Rio Grande do Sul**	**p-valor**
Você tem algum curso de coordenador de transplantes?	0,013	0,963	0,007	0,015
Sua dedicação na CIHDOTT é?	0,003	0,001	0,464	0,001
Se trabalha de modo parcial, em qual setor você desempenha suas funções regulares?	0,391	0,170	0,027	0,046

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira.

4.3 Caracterização das CIHDOTTs da Região Sul do Brasil espaços onde os Enfermeiros atuam

Nesse conjunto de características buscou-se conhecer os aspectos relacionados às CIHDOTTs nas quais os entrevistados atuam. Os dados obtidos com n-125 foram

organizados e apresentados na Tabela 03 e Quadro 11. Enquanto a tabela 03 traz as variáveis relativas às CIHDOTTs em relação a organização, coordenação e atuação/trabalho realizado a tabela 03 traça um panorama comparativo entre os três cenários em estudo.

Tabela 03: Caracterização das CIHDOTTs onde os enfermeiros da Região Sul do Brasil atuam. Brasil, 2019N=125

Variáveis	Geral		Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul		p-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Quantas notificações de Morte Encefálica ocorreram no último ano em seu hospital?									
Até 5	33	26,4	6	16,2	15	31,3	12	30	
6 a 10	23	18,4	9	24,3	1	2,1	13	32,5	
11 a 16	20	16	5	13,5	8	16,7	7	17,5	0,006
17 a 20	14	11,2	3	8,1	8	16,7	3	7,5	
> 20	35	28	14	37,8	16	33,3	5	12,5	
Que profissional é o Coordenador da CIHDOTT de seu hospital?									
Médico	57	45,6	8	21,6	24	50	25	**62,5**	
Enfermeiro	66	52,8	28	**75,7**	24	50	14	35	
Assistente Social	2	1,6	1	2,7	0	0	1	2,5	
Fisioterapeuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0,005
Psicólogo	0	0	0	0	0	0	0	0	
Técnico em Enfermagem	0	0	0	0	0	0	0	0	
Outro	0	0	0	0	0	0	0	0	
Há protocolos internos ou manuais para o atendimento ao potencial doador de órgãos em seu hospital?									
Sim	109	87,2	36	97,3	38	79,2	35	87,5	0,046
Não	16	12,8	1	**2,7**	10	**20,8**	5	12,5	
Se sim, em que fase se encontram tais protocolos e manuais?									
Há protocolos prontos	64	51,2	22	59,5	21	43,8	21	52,5	
Estão sendo construídos	25	20	7	18,9	11	22,9	7	17,5	0,869
Há alguns	20	16	7	18,9	6	12,5	7	17,5	
Sim, mas desconheço	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	
Quantos doadores de órgãos a CIHDOTT em que você trabalha teve no ano de 2018?									
Nenhum	5	4	1	2,7	1	2,1	3	7,5	
Até 5	61	48,8	18	48,6	19	39,6	24	60	
6 a 10	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0,054
11 a 16	17	13,6	2	5,4	8	16,7	7	17,5	
> 17	42	33,6	16	43,2	20	41,7	6	15	
Total	**125**	**100**	**37**	**100**	**48**	**100**	**40**	**100**	

Fonte: Tabela elaborada pelos autores a partir dos dados coletados.

Os entrevistados revelaram que as CIHDOTTs onde atuam possuem de modo geral notificações variadas não sendo possível observar uma diferença entre elas. Revelam, assim, que as CIHDOTTs onde os respondentes atuam, notificam mais que 20 potenciais doadores/ano à Central de Transplantes em (N=35, 28%) dos entrevistados, seguidos enquanto até 5 notificações/ano foram destacados por 33 entrevistados, correspondendo à 26,4%, sendo que este dado pode estar relacionado ao tamanho do hospital e número de pacientes atendidos e número de leitos de UTIs disponíveis dados não pesquisados nesse estudo.

Contudo, houve diferença estatística significativa (p=0,006), e observa-se que os enfermeiros dos Estados do Paraná e Santa Catarina informaram taxas acima de 20 notificações de potenciais doadores por ano em (N=14, 37,8%), e (N=16, 33,3%) respectivamente. Enquanto, o Estado do Rio Grande do Sul apresenta (N=5, 12,5%) em suas CIHDOTTs abaixo da média dos outros cenários estudados. Ao comparar os cenários, o percebeu-se que essa diferença está relacionada aos Estados Paraná *versus* Santa Catarina (p=0,016) e Santa Catarina *versus* Rio Grande do Sul (p=0,001) (Quadro 11)

Destes pacientes notificados à Central de Transplantes, questionou-se quantos evoluíram para a efetiva doação de órgãos e segundo os respondentes, a doação de órgãos ocorreu para N= 120, 96%dos entrevistados, e para (N=5, 4%) dos pesquisados não ocorreu doação de órgãos em suas CIHDOTTs. Chama-se a atenção para o estado do Rio Grande do Sul com 3 dos 5 enfermeiros que informaram não haver doação na sua CIHDOTT no último ano.

Até 5 doações de órgãos no ano, foi o dado mais representativo desta pesquisa para (N=61, 48,8%) dos pesquisados, seguido de doação de órgãos acima de 17 doadores/ano (N=42, 33,6%;). De igual modo como ocorreu na variável "Número de Notificações de Possível Doador no último ano", o cenário Rio Grande do Sul apresenta número de doações acima de 17 doadores/ano de (N=6, 15%) muito diferente dos Estados do Paraná com (N=16, 43,2%) e Santa Catarina com (N=20, 41,7%).

Quanto ao profissional coordenador das CIHDOTTs nos cenários estudados, o profissional enfermeiro é referido como coordenador de CIHDOTT em (N=66, 52,8%), seguido do profissional médico com (N=57, 45,6%), e o profissional assistente social com (N=2, 1,6%). A coordenação pelo profissional enfermeiro está presente em (N=28, 75,7%) das CIHDOTTs paranaenses, enquanto o Estado de Santa Catarina concentra 50% (N=24) e Rio Grande do Sul com (N=14, 35%). No Rio Grande do Sul a maior parte das

CIHDOTT são coordenadas pelo profissional médico (N=25, 62,5%,). Foi encontrado diferença significativa (p=0,005), e na comparação de grupos (Estados) foi possível identificar que esta diferença está relacionada com os Estados do Paraná e Santa Catarina (p=0,018) e Paraná e Rio Grande do Sul (p=0,001), ver Quadro (12).

Ao abordar os entrevistados sobre a existência de protocolos para o atendimento do potencial doador de órgãos, (N=16, 12,8%) dos inqueridos afirmaram não possuir tais protocolos assistenciais. Destes, (N=1, 2,7%) correspondem ao Estado do Paraná, (N=10, 20,8%) no Estado de Santa Catarina e (N=5, 12,5%,) no Estado do Rio Grande do Sul. Dos enfermeiros que disseram haver protocolos, (N=61, 51,2%) os protocolos já estão finalizados. Contudo, (N=25, 20%) dos pesquisados afirmam que tais protocolos estão sendo construídos, e (N=20, 16%) relataram que há ainda, protocolos não acabados. Conforme análise (Quadro 12) houve diferença significativa nesta variável (p=0,046), e tal diferença está associada aos Estados do Paraná *versus* Santa Catarina (p=0,012) onde os (N=10, 20,8%) dos enfermeiros de Santa Catarina disseram que não tem protocolos prontos, quando comparados aos respondentes do Estado do Paraná (N=1, 2,7%) que informaram ainda não ter esses protocolos internos.

Os dados até aqui apontados revelam o perfil dos entrevistados, seu perfil de trabalho bem como o perfil da CIHDOTT onde atua.

Quadro 12: Quadro comparativo entre as variáveis e os cenários que apresentaram (p<0,05) nos testes de normalidade sobre as características das CIHDOTT da Região Sul do Brasil. Brasil, 2019.

PERFIL DAS CIHDOTT DA REGIÃO SUL DO BRASIL				
Variáveis	**Paraná X Santa Catarina**	**Paraná X Rio Grande do Sul**	**Santa Catarina X Rio Grande do Sul**	**p valor**
Quantas notificações de Morte Encefálica ocorreram no último ano em seu hospital?	0,016	0,125	0,001	0,006
Que profissional é o Coordenador da CIHDOTT de seu hospital?	0,018	0,001	0,229	0,005
Há protocolos internos ou manuais de rotina para o atendimento ao potencial doador de órgãos em seu hospital?	0,012	0,119	0,301	0,046

Fonte: Dados da pesquisa, organizados pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira, (2020).

A seguir apresenta-se os dados e resultados relativos as ações desenvolvidas pelos enfermeiros de CIHDOTT. As ações estão divididas em ações burocráticas e gerenciais,

ações relacionais nos ambientes intra e extra hospitalar, ações educativas, e ações de cuidado ao potencial doador e sua família. Esperava-se que não apresentasse variáveis significativas, contudo, houve o aparecimento de variáveis com p-valor significativo (p=<0,05) o que evidencia que há diferença entre os grupos.

4.4Ações educativas realizadas pelos enfermeiros de CIHDOTT da Região Sul do Brasil

Neste subcapítulo apresenta-se os dados qualitativos e qualitativos relativos às ações educativas dos enfermeiros das CIHDOTTs da Região Sul do Brasil, analisados seguindo o método de Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Os dados foram agrupados e apresentados na tabela 04e quadro 12 conforme segue

Tabela 04: Ações educativas realizadas pelos enfermeiros de CIHDOTT da Região Sul do Brasil. Brasil, 2019.

Variáveis	Geral		Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul		p-valor*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
A CIHDOTT do seu hospital realiza palestras sobre doação de órgãos e transplantes aos profissionais das unidades hospitalares que atendam usuários neurocríticos?									
Sempre	19	15,2	9	24,3	5	10,4	5	12,5	
Frequentemente	44	35,2	13	35,1	16	33,3	15	37,5	
Às vezes	44	35,2	10	27,0	21	43,8	13	32,5	0,655
Raramente	14	11,2	4	10,8	4	8,3	6	15	
Nunca	4	3,2	1	2,7	2	4,2	1	2,5	
Você se sente preparado para fazer uma abordagem familiar e para responder aos questionamentos da família?									
Sempre	56	44,8	22	59,5	18	37,5	16	40	
Frequentemente	38	30,4	5	13,5	19	39,6	14	35	
Às vezes	24	19,2	7	18,9	9	18,8	8	20	0,124
Raramente	5	4	1	2,7	2	4,2	2	5	
Nunca	2	1,6	2	5,4	0	0,0	0	0	
A CIHDOTT realiza palestras em escolas ou universidades?									
Sempre	20	16	6	16,2	7	14,6	7	17,5	
Frequentemente	18	14,4	3	8,1	7	14,6	8	20	
Às vezes	32	25,6	8	21,6	13	27,1	11	27,5	0,694
Raramente	32	25,6	13	35,1	13	27,1	6	15	
Nunca	23	18,4	7	18,9	8	16,7	8	20	
Você incentiva os profissionais das unidades do hospital (UTI, Bloco, Emergência ou outros) a participar de eventos, congressos, palestras que tratam sobre orientações e educação para a doação de órgãos?									

Sempre	49	39,2	14	37,8	24	50,0	11	27,5	
Frequentemente	42	33,6	12	32,4	14	29,2	16	40	
Às vezes	23	18,4	8	21,6	7	14,6	8	20	0,561
Raramente	10	8	3	8,1	3	6,3	4	10	
Nunca	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	2,5	
Você utiliza o conhecimento científico para assegurar-se de que o trabalho com a doação de órgãos é baseada em evidências?									
Sempre	81	64,8	25	67,6	31	64,6	25	62,5	
Frequentemente	31	24,8	8	21,6	12	25,0	11	27,5	
Às vezes	9	7,2	2	5,4	3	6,3	4	10	0,759
Raramente	3	2,4	2	5,4	1	2,1	0	0	
Nunca	1	0,8	0	0,0	1	2,1	0	0	
TOTAL	**125**	**100**	**37**	**100**	**48**	**100**	**40**	**100**	

Fonte: Dados da pesquisa, organizados pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira 2020.

Em relação às ações educativas os participantes responderam cinco questões, e não houve dados significativos estatisticamente pelo índice do p-valor estabelecido. Ou seja a hipótese nula nesse conjunto de questões não foi rejeitada, o fenômeno em análise ocorre com distribuição semelhante entre os três cenários.

Os enfermeiros participantes responderam que a CIHDOTT do seu hospital realiza palestras sobre doação de órgãos e transplantes aos profissionais do hospital de modo frequente ou às vezes para (N=88, 70,4%) dos pesquisados. Sendo que de um modo geral, (N=18, 14,4%) raramente ou nunca fazem ações desse natureza nos hospitais que trabalham. O Rio Grande do Sul, aparece como o Estado que menos faz atividades educacionais internas voltadas aos profissionais da saúde (N=7, 17.5%), quando comparado aos Estados do Paraná (N=5, 13,5%) e Santa Catarina (N=6, 12.5%).

Ao perguntar se os participantes se sentem preparados para fazer uma abordagem familiar e responder aos seus questionamentos, (N=94, 75,2%) referiram sempre ou frequentemente se sentirem preparados. Esta média é acompanhada ao analisar os estados em separados, Paraná (N=27, 73%), Santa Catarina (N=37, 76,1%) e Rio Grande do Sul (N=30, 75%). Contudo, (N=2, 5,1%) do Estado do Paraná informaram que nunca estão preparados para responder aos questionamentos da família, essa reposta não foi observada nos outros cenários.

Ao referir-se se a CIHDOTT realiza ações educativas fora do ambiente hospitalar como palestras em escolas ou universidades, os participantes informaram que (N=64, 62%) deles as vezes ou raramente executam ações desse tipo. Esta distribuição é percebida de modo uniforme entre os Estados analisados. Atenta-se para (N=7, 18.9%)

dos enfermeiros do Paraná, (N=8, 16,7%) de Santa Catarina e (N=8, 20%) e do Rio Grande do Sul nunca realizarem ações dessa natureza em escolas e universidades.

Os participantes (N=91, 72,8%) incentivam sempre ou frequentemente os profissionais das unidades do hospital (UTI, Bloco, Emergência ou outros) a participar de eventos, congressos, palestras que tratam sobre orientações e educação para a doação de órgãos. Números semelhantes encontrados nos estados quando analisados individualmente: `Paraná (N=26, 70,2%), Santa Catarina (N=38, 79,2%) e Rio Grande do Sul (N=27, 67,5%).

Do mesmo modo, os enfermeiros disseram que utilizam o conhecimento científico para assegurar-se de que o trabalho com a doação de órgãos é baseada em evidências, sempre ou frequentemente para (N=112, 89,6%) dos respondentes. E é acompanhada pelos cenários ao observá-los e separado. Paraná (N=33, 89,2%, Santa Catarina (N=42, 89,6%) e Rio Grande do Sul (N=36, 90%).

Quadro 13: Capacitação dos profissionais das CIHDOTTs da Região Sul do Brasil. Brasil, 2019 N=125

LEGENDA

: Capacitação pelas CIHDOTTs, OPOs ou Central de Transplantes;

: Capacitação "*job to job*" – aprendem fazendo no dia a dia;

: Capacitação mínima, insuficiente ou ausentes;

: Capacitação nas CIHDOTT recentemente implantadas.

Questão de pesquisa: Fale sobre a capacitação dos profissionais da sua CIHDOTT antes do seu ingresso e durante sua atuação		
ID	**CENÁRIO**	**RELATOS**
P. 1	**RS**	Há 2 anos efetivamente, houve crescimento de treinamentos contínuos e semana alusiva a doação de órgãos em setembro. Antes do ingresso eu nunca havia participado de nenhum treinamento dentro do hospital.
	PR	É um trabalho não muito antigo, mas que tem ganhado espaço.
	SC	Capacitação é realizado com todos os profissionais que entram na instituição e também os enfermeiros da CIHDOTT buscam desenvolvimento contínuo, participando de curso e treinamentos fornecidos pela Central de Transplantes
P- 2	**RS**	Antes da minha coordenação, nunca havia ouvido falar da comissão, não conhecia os profissionais, somente tive conhecimento quando foi necessário acionar o grupo para um protocolo de morte encefálica. Após assumir, encontrei dificuldade em manter capacitações, porém tive uma equipe multidisciplinar que se empenha muito em manter ações de conscientização sobre o assunto em escolas e no próprio hospital.
	PR	Iniciei o processo de implantação da CIHDOTT. Ajudei a formar tudo, estrutura e protocolos e realizamos um crescimento contínuo.
	SC	Antes não havia, agora todos os profissionais do hospital são capacitados, sejam eles da CIHDOTT ou não.

P- 3	**RS**	[...]Proporciono aos participantes palestras, cursos sobre o tema, junto tenho o apoio da OPO.
	PR	São profissionais muito capacitados porém mas não tinham noção do que seria uma CIHDOTT.
	SC	Participar do curso oferecido pela central de transplantes, tirar todas as dúvidas, ser acompanhado por um membro da CIHDOTT com experiência até que este membro experiente certifique o novo membro e o novo se sinta capacitado
P-4	**RS**	Sobre as capacitações elas ocorrem hoje com frequência organizadas pela central e pelo hospital que trabalho e a CIHDOTT que promove
	PR	Sou de uma OPO e participei e participo de um projeto de educação permanente. Desde 2016 o qual foi o ano do meu ingresso, os números tiveram um exorbitante aumento. Isso se deu graças a educação e trabalho em equipe.
	SC	Não entendia o processo de ME
P-5	**RS**	Todos os profissionais que atuam na CIHDOTT já participaram em algum momento de cursos na área da doação.
	PR	Como membro da CIHDOTT participei de vários cursos oferecidos pela OPO e Central Estadual de Transplantes. Capacitação dentro do hospital apenas em livros e de forma oral e por slides
	SC	Com as capacitações sinto-me mais preparada para acolher as famílias.
P-6	**RS**	Capacitação ofertada pela Central de Transplantes do RS
	PR	Tem um longo e árduo trabalho a ser realizado, sempre em aprendizagem
	SC	Não tenho essa experiência pois a implantação foi com minha equipe atual
P-7	**RS**	Acredito que deveriam ser mais frequentes as capacitações e atualizações a respeito de doação de órgãos.
	PR	Acredito que falta capacitação dos profissionais
	SC	Eu constitui a comissão na instituição em 2013
P-8	**RS**	Há pouca capacitação.
	SC	Ao ingressar na CIHDOTT não me imaginava realizando entrevistas familiares, conduto os cursos de má notícias e o curso de coordenadores nos norteiam e preparam para tal evento de uma forma que seria incapaz de descrever o quanto crescemos durante cada treinamento, somos preparados para acolher todo tipo de família. Hoje após alguns treinamentos podemos organizar e discutir com a equipe da CIHDOTT a melhor forma de acompanhar a família e realizar o acolhimento e a entrevista

Fonte: Dados da abordagem qualitativa organizados pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira 2019

Os resultados qualitativos sobre o ingresso dos enfermeiros nas CIHDOTT, vislumbram e permeiam pela capacitação, geralmente oferecida pela Central de Transplantes, OPOs e CIHDOTT. Os participantes relataram que o seu o ingresso está associado a treinamentos e cursos fornecidos pelas Centrais de Transplantes dos respectivos Estados estudados. Isto demonstra a importante função das centrais no tocante a formação teórica durante o período de ingresso dos enfermeiros nas CIHDOTTs, a seguir encontram-se os relatos que corroboram esta afirmação:

> Capacitação é realizada com todos os profissionais que entram na instituição e também os enfermeiros da CIHDOTT buscam desenvolvimento contínuo, participando de curso e treinamentos fornecidos pela Central de Transplantes. (P1 – Santa Catarina)

> Participar do curso oferecido pela central de transplantes, tirar todas as dúvidas. (P3- Santa Catarina)

> Sobre as capacitações elas ocorrem hoje com frequência organizadas pela Central e pelo hospital que trabalho e a CIHDOTT que promove (P4 – Rio Grande do Sul)
>
> Como membro da CIHDOTT participei de vários cursos oferecidos pela OPO e Central Estadual de Transplantes. (P5 – Paraná)
> Capacitação ofertada pela Central de Transplantes do RS (P6 – Rio Grande do Sul)

De maneira igual a Central de Transplantes as OPOs também tem função relevante neste aspecto e são mencionadas como um elemento atuante no que se refere a levar conhecimento aos enfermeiros de CIHDOTTs durante e após seu ingresso nestas comissões conforme afirmam:

> [...]Proporciono aos participantes palestras, cursos sobre o tema, junto tenho o apoio da OPO. (P3 – Rio Grande do Sul)
> Sou de uma OPO e participei e participo de um projeto de educação permanente (P4- Paraná)

As próprias CIHDOTTs também são protagonistas no ingresso dos enfermeiros oferecendo cursos e seminários visando subsidiar os enfermeiros com informações, leis, protocolos, rotinas entre outros requisitos necessário para o bom desenvolvimento do trabalho do enfermeiro nas CIHDOTTs, onde também os enfermeiros encontram colegas dispostos a ajuda-los nesse novo caminho. A seguir as falas que confirmam o exposto:

> Há 2 anos efetivamente, houve crescimento de treinamentos contínuos e semana alusiva a doação de órgãos em setembro. (P1- Rio Grande do Sul)
>
> Após assumir, encontrei dificuldade em manter capacitações, porém tive uma equipe multidisciplinar que se empenha muito em manter ações de conscientização sobre o assunto em escolas e no próprio hospital. (P2- Rio Grande do Sul)
>
> Todos os profissionais que atuam na CIHDOTT já participaram em algum momento de cursos na área da doação. (P5 – Rio Grande do Sul)
>
> [...] Hoje após alguns treinamentos podemos organizar e discutir com a equipe da CIHDOTT a melhor forma de acompanhar a família e realizar o acolhimento e a entrevista (P8-Santa Catarina)

Observa-se, também, que alguns enfermeiros de CIHDOTT, aprendem fazendo, acompanhando um colega mais experiente, porém esse aprendizado nem sempre é acompanhado de embasamento teórico, como reflete o relato abaixo:

> Ser acompanhado por um membro da CIHDOTT com experiência até que este membro experiente certifique o novo membro e o novo se sinta capacitado (P3- Santa Catarina)

Outro dado levantado, foi em relação a Central de Transplantes, OPOs e CIHDOTT realizarem as capacitações sobre os processos de busca ativa, identificação, diagnóstico, manutenção, doação e transplante e consideram que ainda há desconhecimento por parte dos profissionais da saúde. Esses aspectos são apontados nos discursos que se seguem, onde os enfermeiros que adentram nas CIHDOTT, carecem de muito conhecimento sobre a doação de órgãos e seus processos.

> Antes do ingresso eu nunca havia participado de nenhum treinamento dentro do hospital. (P1 – Rio Grande do Sul)
>
> Antes da minha coordenação, nunca havia ouvido falar da comissão, não conhecia os profissionais, somente tive conhecimento quando foi necessário acionar o grupo para um protocolo de morte encefálica (P2 – Rio Grande do Sul)
>
> Antes não havia [*subentende-se capacitação*] (P2 – Santa Catarina)
> Não entendia o processo de ME (P4 – Santa Catarina)
>
> Acredito que deveriam ser mais frequentes as capacitações e atualizações a respeito de doação de órgãos. (P7 – Santa Catarina)

4.5 Ações de cuidados voltados ao usuário possível doador e a família

Neste aspecto, pretende-se ponderar sobre os dados e resultados referentes às ações dos enfermeiros de CIHDOTT direcionadas ao cuidado do usuário possível doador e a família. A seguir encontra-se a tabela 05 e o quadro 13 e 14 com a distribuição dos dados e a seguir a análise dos mesmos.

Tabela 05: Ações de cuidados voltados ao usuário possível doador e a família realizadas pelos enfermeiros de CIHDOTT da Região Sul do Brasil. Brasil, 2019.

Variáveis	Geral		Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul		p-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Você questiona ao perceber que uma ação de cuidado está sendo realizada de forma inadequada por enfermeiro ou médico ao paciente em morte encefálica?									
Sempre	74	59,2	21	56,8	33	68,8	20	50	0,455

Frequentemente	33	26,4	8	21,6	12	25,0	13	32,5	
Às vezes	12	9,6	5	13,5	2	4,2	5	12,5	
Raramente	5	4	2	5,4	1	2,1	2	5	
Nunca	1	0,8	1	2,7	0	0,0	0	0	
Você promove e organiza o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição?									
Sempre	81	64,8	26	70,3	36	75,0	19	47,5	
Frequentemente	33	26,4	7	18,9	11	22,9	15	37,5	
Às vezes	7	5,6	2	5,4	1	2,1	4	10	0,101
Raramente	4	3,2	2	5,4	0	0,0	2	5	
Nunca	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	
Você defende um doador potencial contra qualquer forma de tratamento antiético?									
Sempre	103	82,4	32	86,5	45	93,8	26	65	
Frequentemente	15	12	3	8,1	2	4,2	10	25	
Às vezes	2	1,6	1	2,7	0	0,0	1	2,5	0,013
Raramente	2	1,6	1	2,7	1	2,1	0	0	
Nunca	3	2,4	0	0	0	0,0	3	7,5	
Você fica em contato telefônico com a família de modo constante para eventuais informações?									
Sempre	67	53,6	18	48,6	30	62,5	19	47,5	
Frequentemente	37	29,6	15	40,5	11	22,9	11	27,5	
Às vezes	11	8,8	1	2,7	4	8,3	6	15	0,333
Raramente	7	5,6	2	5,4	3	6,3	2	5	
Nunca	3	2,4	1	2,7	0	0,0	2	5	
Certifica-se após orientações, se a família compreendeu as medidas médicas tomadas após a parada cardíaca e os trâmites a serem observados na entrega do corpo à família, após a doação de órgãos e tecidos?									
Sempre	98	78,4	28	75,7	41	85,4	29	72,5	
Frequentemente	21	16,8	7	18,9	6	12,5	8	20	
Às vezes	4	3,2	1	2,7	1	2,1	2	5	0,776
Raramente	2	1,6	1	2,7	0	0,0	1	2,5	
Nunca	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	
Ao participar do processo de doação, você se faz presente durante todo o tempo do processo?									
Sempre	70	56	20	54,1	34	70,8	16	40	
Frequentemente	39	31,2	13	35,1	11	22,9	15	37,5	
Às vezes	13	10,4	2	5,4	3	6,3	8	20	0,024
Raramente	2	1,6	2	5,4	0	0,0	0	0	
Nunca	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	2,5	
A CIHDOTT acompanha todos os usuários neurocríticos e realiza a busca ativa de um provável doador?									
Sempre	78	62,4	25	67,6	34	70,8	19	47,5	
Frequentemente	31	24,8	7	18,9	14	29,2	10	25	
Às vezes	7	5,6	2	5,4	0	0	5	12,5	0,022
Raramente	7	5,6	3	8,1	0	0	4	10	
Nunca	2	1,6	0	0	0	0	2	5	
Você ao realizar a entrevista com os familiares segue uma metodologia específica e centra-se na possibilidade da aceitação da doação?									
Sempre	61	48,8	20	54,1	27	56,3	14	35	0,052
Frequentemente	36	28,8	6	16,2	15	31,3	15	37,5	

Às vezes	16	12,8	5	13,5	2	4,2	9	22,5	
Raramente	8	6,4	3	8,1	3	6,3	2	5	
Nunca	4	3,2	3	8,1	1	2,1	0	0	
Você respeita a vontade do potencial doador e de sua família, mesmo você não compartilhando da sua opinião?									
Sempre	77	61,6	28	75,7	33	68,8	16	40	
Frequentemente	37	29,6	7	18,9	13	27,1	17	42,5	
Às vezes	9	7,2	1	2,7	2	4,2	6	15	0,023
Raramente	2	1,6	1	2,7	0	0	1	2,5	
Nunca	0	0	0	0	0	0	0	0	
Você procura auxiliar os familiares a chegar a uma decisão em relação a doação de órgãos e que possam continuar a viver sem medo ou culpa pela decisão tomada?									
Sempre	110	88	32	86,5	42	87,5	36	90	
Frequentemente	11	8,8	4	10,8	6	12,5	1	2,5	
Às vezes	2	1,6	0	0,0	0	0	2	5	0,175
Raramente	1	0,8	1	2,7	0	0	0	0	
Nunca	1	0,8	0	0,0	0	0	1	2,5	
Ao entrevistar um familiar para solicitar a doação de órgãos você acha que pode causar mais dor e sofrimento à família?									
Nunca	60	48	21	56,8	26	54,2	13	32,5	
Raramente	25	20	6	16,2	8	16,7	11	27,5	
Às vezes	22	17,6	6	16,2	6	12,5	10	25	0,504
Frequentemente	12	9,6	3	8,1	5	10,4	4	10	
Sempre	6	4,8	1	2,7	3	6,3	2	5	
Há recursos suficientes para a realização da entrevista, como sala reservada, apoio psicológico ou amparo social no seu hospital?									
Sempre	52	41,6	19	51,4	22	45,8	11	27,5	
Frequentemente	35	28	10	27,0	16	33,3	9	22,5	
Às vezes	25	20	4	10,8	8	16,7	13	32,5	0,058
Raramente	11	8,8	4	10,8	2	4,2	5	12,5	
Nunca	2	1,6	0	0,0	0	0,0	2	5	
TOTAL	**125**	**100**	**37**	**100**	**48**	**100**	**40**	**100**	

Fonte: Tabela elaborada pelos autores a partir dos dados coletados.

Ao saber se os enfermeiros questionariam membros da equipe assistencial, ao perceber que uma ação de cuidado estava sendo realizada de forma inadequada ao paciente em morte encefálica, (N=107, 85,6%) responderam que sempre ou frequentemente agem assim. Sendo percebida essa distribuição semelhante nos cenários estudados, Paraná (N=29, 78,4%), Santa Catarina (N=35, 93,8%) e Rio Grande do Sul (N=33, 82,5%). Apresentando um p-valor menor que 0,05 (p=0,455).

Dentre os inqueridos, (N=114, 91,2%) responderam que promovem e organizam de modo continuo ou frequente, o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição). Dados observados em

todos os Estados participantes (p=0,101). Paraná (N=33, 89,2%), Santa Catarina (N=47, 97,9%) e Rio Grande do Sul (N=34, 85%).

Dentre os respondentes (N=104, 83,2%) afirmaram que ficam em contato telefônico com a família de modo constante ou frequente para eventuais informações sobre o andamento do processo de doação de órgãos. Fato, percebido em todo os Estados analisados, Paraná (N=33, 89,1%), Santa Catarina (N=41, 85,4%) e Rio Grande do Sul (N=30, 85%), não ocorrendo diferenças significativas entre eles (p=0,333).

Os enfermeiros (N=98, 78,4%) também relataram que sempre certificam-se após orientações, se a família compreendeu as medidas médicas tomadas após a parada cardíaca e os trâmites para entrega do corpo à família, após a doação de órgãos e tecidos. Sendo observado valore similares no Paraná (N=28, 75.7%), em Santa Catarina (N=41, 85,4%) e Rio Grande do Sul (N=29, 72,5%) não apresentando um p-valor significativo (p=0,776).

Também foi perguntado se os participantes ao realizarem uma entrevista com os familiares segue uma metodologia específica e centra-se na possibilidade da aceitação da doação, (N=61, 48,8%) responderam, que sempre agem desse modo. E que apesar dessa questão, não estar entre os valores de significância estabelecidos nesse estudo (p=0,05), ela apresentou valores muito aproximados (p=0,052). Isto pode estar relacionado com os índice gaúchos, tendo o Rio Grande do Sul (N=14, 35%) dos participantes respondidos que sempre atuam desse modo, ante aos Estados do Paraná com (N=20, 54,1%) e de Santa Catarina com (N=27, 56,3%). Também atenta-se nessa questão para os resultados do Rio Grande do Sul onde (N=9, 22,5%) dos enfermeiros disseram que “as vezes” seguem uma metodologia específica centrada da doação de órgãos, enquanto Paraná apresenta índices de (N=5, 13,5%) e Santa Catarina (N=2, 4,2%).

De modo geral, (N=110, 88%) dos enfermeiros procuram sempre ajudar os familiares a chegar a uma decisão em relação a doação de órgãos e que possam continuar a viver sem medo ou culpa pela decisão tomada. E esta distribuição é acompanhada pelos cenários quando analisados individualmente, Paraná (N=32, 86,5%), Santa Catarina (N=42, 87,5%) e Rio Grande do Sul (N=36, 90%).

Embora a maior parte do entrevistados do Paraná (N=21, 56,8), Santa Catarina (N=26, 54,2%) e Rio Grande do Sul (N=13, 32,5%) declararem que nunca causam aumento da dor e do sofrimento às família quando fazem a solicitação da doação de órgão. Ainda há uma parcela de enfermeiros (N=18, 14,4%) que afirmam sempre ou que frequentemente ocasionarem mais dor e sofrimento as famílias ao realizar o pedido de

doação de órgãos, isso é percebido em todos os Estados analisados, no Paraná (N=4, 10,8%), Santa Catarina (N=8, 16,7%) e Rio Grande do Sul (N=15, 15%).

Ao verificar com os enfermeiros se há recursos suficientes para a realização da entrevista, como sala reservada, apoio psicológico ou amparo social no seu hospital, a maior parte dos participantes do Paraná (N=29, 78,4%) e Santa Catarina (N=38, 79,1%) e Rio Grande do Sul (N=20, 50%) responderam que sempre ou frequentemente tem acesso a esses recursos. Contudo esta questão apresentou um p-valor muito próximo dos valores estabelecidos (p=0,058) podendo estar relacionado aos dados do Rio Grande do Sul onde (N=13, 32,5%) dos respondentes disseram que as vezes tem disponibilidade aos recursos acima mencionados, verifica-se uma diferença percentual quando comparado com o Estado do Paraná (N=4, 10,85) e Santa Catarina (N=8, 16,7%).

No quadro abaixo encontra-se os dados com significância estatística (p<0,05) encontrados. Estes dados foram comparados entre os cenários na intenção de evidenciar associações ou não entre eles. No quadro que se segue, é possível compreender de modo ilustrado o explanado aqui.

Quadro14: Quadro comparativo entre as variáveis e os cenários que apresentaram p-valor menor ou igual a 0,05 nos testes de normalidade das ações de cuidado ao possível doador e a sua família. Brasil, 2019

AÇÕES DE CUIDADO AO POSSIVEL DOADOR E SUA FAMILIA				
Variáveis	Paraná X Santa Catarina	Paraná X Rio Grande do Sul	Santa Catarina X Rio Grande do Sul	p-valor
Você defende um doador potencial contra qualquer forma de tratamento antiético?	0,571	0,082	0,005	0,013
Ao participar do processo de doação, você se faz presente durante todo o tempo do processo?	0,199	0,132	0,021	0,024
A CIHDOTT acompanha todos os usuários neurocríticos e realiza a busca ativa de um provável doador?	0,06	0,323	0,004	0,022
Você procura auxiliar os familiares a chegar a uma decisão em relação a doação de órgãos e que possam continuar a viver sem medo ou culpa pela decisão tomada?	0,541	0,012	0,032	0,023

Fonte: Quadro elaborado pelos autores a partir dos dados coletados.

Houve significância de no p-valor (p=0,013) ao questionar os enfermeiros de sobre se eles defendem um doador potencial contra qualquer forma de tratamento antiético. A comparação entre os estados possibilitou identificar que a associação

significativa está presente estatisticamente entre Rio Grande do Sul e Santa Catarina (p=0,005). Este dado, talvez possa estar relacionado aos (N=26, 65%) dos enfermeiros do Rio Grande do Sul dizerem que sempre defendem um possível doador, ante aos (N=45, 93,8%) dos enfermeiros de Santa Catarina. Outro dado ressaltado nessa questão é que o Rio Grande do Sul é o único cenário, dentre os estudados, em que há enfermeiros que afirmaram nunca defender um potencial doador (N=4, 7,5%).

Ao participar do processo de doação, (N=70, 56%) dos enfermeiros se faz presente durante todo o tempo do processo, contudo há atingiu nível de significância p-valor (0,024) e ao comparar os cenários ficou evidente a associação significativa entre Rio Grande do Sul e Santa Catarina (p=0,021), podendo ser relacionado aos (N=16, 40%) enfermeiros do Rio Grande do Sul, e (N=34, 70,8%) dos enfermeiros de Santa Catarina, que responderam sempre estar junto durante todo o processo de doação.

Ao inquerir se as CIHDOTTs acompanham todos os usuários neurocríticos e realiza a busca ativa dos prováveis doadores, (N=78, 62,4%) dos participantes responderam que sempre fazem o acompanhamento e a busca ativa. Atingiu-se nível de significância (p=0,022) nessa questão, e, após comparar os cenários, observou-se associação significativa entre Rio Grande do Sul e Santa Catarina (p=0,004). Esta associação significativa pode estar relacionada aos (N=34, 70,8%) dos enfermeiros de Santa Catarina garantirem que sempre fazem o acompanhamento e a busca ativa, frente aos (N=19, 47,5%) dos enfermeiros do Rio Grande do Sul, responderem que executam estas ações.

Esta pesquisa evidencia que a entrevista familiar para solicitação da doação de órgãos está associada a com o modo e nível de esclarecimento dos familiares em relação ao seu conhecimento do processo de diagnóstico, ao conhecimento da vontade do possível doador, e sobre o conhecimento geral de doação de órgãos. Também a entrevista é vista, como um modo de auxiliar a família nessa decisão difícil, e prestar um acolhimento digno e respeitoso.

Assim, pelas falas dos participantes observa-se que a entrevista familiar é parte essencial do trabalho da CIHDOTT, e os membros dessas comissões devem estar preparados e capacitados para tal tarefa. Outra barreira mencionada, parece estar relacionada a família, e como ela elabora todo esse turbilhão que mistura sentimentos, eminência de perda de um ente querido, e uma enxurrada de informações que são repassadas a ela, e que iniciam desde o evento causador da morte encefálica, perpassando

pelo processo de diagnóstico e culminando muitas vezes na entrevista familiar para solicitação de doação de órgãos.

O modo como a família é acolhida desde a entrada no hospital é uma das barreiras a serem ultrapassadas pelos enfermeiros de CIHDOTT, pois, segundo eles reflete na decisão ou não da doação de órgãos.

Os entrevistados também fizeram menção aos fatores facilitadores relacionadas a família para os entrevistados o acolhimento ao familiares é um fator facilitador, pois, favorece a criação de vínculos maiores e mais fortes do que apenas contatos breves e profissionais. Acolher no sentido de se solidarizar com a família, é criar vínculos sólidos de confiança, é ser o profissional enfermeiro da CIHDOTT que será o intermediário e interlocutor entre o doador e suas necessidades, a equipe assistencial, e a família. Isto pode ser observado nos relatos a seguir.

Outro aspecto facilitador relacionado as famílias está na atitude dos enfermeiros de CIHDOTT no que se refere a conscientização ou desmistificação da morte encefálica e doação de órgãos. Esta facilidade pode ser percebida nos relatos que se segue:

Ações relacionadas ao acolhimento familiar foi tido pelos enfermeiros da região Sul do Brasil como uma ação que possibilita aumentar as taxas de doação de órgãos. Como descritos nos relatos a seguir: Entrevista como modo de auxiliar a família, foi percebida e descrita pelos enfermeiros como algo que poderá ajudar os familiares num momento de luto e tristeza pela perda de alguém amado por dar um sentido a mais a morte que foi anunciada.

A entrevista, também, foi relatada como um modo de acolher a família, de se mostrar solidário, de estar próximo da família, de dar apoio e consolo no momento de dor. Também foi vista como parte do trabalho do enfermeiro da CIHDOTT e se bem guiada a aceitação da doação virá como consequência:

Para que as ações de cuidado voltadas ao potencial doador sejam válidas e alcancem os objetivos, as equipes devem estar envolvidas nesse processo. Contudo os profissionais responsáveis por estas ações compõem a equipe assistencial e para os participantes desse estudo, é nas equipes assistenciais que se encontram os maiores problemas citados pelos enfermeiros de CIHDOTT. Fica implícito que o conhecimento sobre os processos que envolvem a doação de órgãos, fomenta um dos fatores mais importantes e que sua ausência pode determinar o sucesso da doação.

Inserido na equipe assistencial, o profissional médico, foi relatado pelos participantes como uma barreira ainda a ser superada, e que algumas normativas brasileiras, vem ao encontro dessa necessidade.

Mas também foram mencionadas facilidades relacionadas a equipe assistência. Essas facilidades foram relatadas por participantes de todos os cenários investigados, contudo, Santa Catariana foi o Estado de maior representatividade nessa facilidade. Desse modo, os fatores facilitadores para o bom desempenho das CIHDOTTs catarinenses parece estar associado ao fator da equipe assistencial. Os Enfermeiros relataram que cursos e o comprometimento da Central de Transplantes são facilitadores desse processo de trabalho.

Quadro 15: A entrevista familiar na percepção dos enfermeiros de CIHDOTT

LEGENDA


: Entrevista como modo de esclarecimento aos familiares;


: Entrevista como modo de auxiliar a família;


: Entrevista como parte do trabalho da CIHDOTT;


: Entrevista como modo de acolher a família;

Questão de Pesquisa: Qual a sua opinião em relação a entrevista familiar para solicitar a doação de órgãos?		
ID	**CENÁRIO**	**RELATOS**
P-1	**RS**	É um momento decisivo em todo o processo. Nunca se sabe o que vai se resultar da entrevista. Sensação de medo e incerteza mas também encorajador ao saber que o ato pode auxiliar mais pessoas que necessitam da doação.
	PR	Precisa ser realizado por profissional capacitado, seguro e que tem bom relacionamento com pessoas!
	SC	É um direito da família e como profissionais temos a obrigação de esclarecer todas as dúvidas que eles tenham para tomar essa decisão.
P- 2	**RS**	Difícil, ainda mais quando se tem pouca experiência e/ou capacitações.
	PR	Uma experiência única que pode ajudar a família a passar por esse período de maneira menos dolorosa
	SC	Requer muita sensibilidade, compreensão e respeito. O foco é o acolher, não o doar.
P- 3	**RS**	Necessária, à vejo como um processo construído desde a chegada do Paciente a Unidade, o vínculo formado da equipe com os familiares, isso tudo contribui para uma resposta positiva a doação, mas em alguns casos, após tantas explicações, orientações ainda recebemos a negativa.
	PR	É um momento complicado, por isso requer muito treinamento, entendimento, paciência, compreensão não acredito que todos os membros de uma CIHDOTT está capacitado o suficiente para uma entrevista. Diante disso precisamos envolver as pessoas que gostam mais que se empenham mais em conhecer o processo e as técnicas para uma boa entrevista.
	SC	Devemos criar uma empatia e apoio constante para com os familiares, isso facilita muito a resposta positiva.
P-4	**RS**	Momento delicado e difícil onde o respeito deve ser priorizado.

	PR	Tem que ser focado na relação de ajuda ao familiar, a doação é consequência de um acolhimento e humanização efetiva.
	SC	Precisa ter bom diálogo/comunicação, conhecimento, ser empático.
P-5	**RS**	A entrevista familiar sempre é difícil de se realizar. Colocar-se no lugar do outro é indispensável.
	PR	Um belíssimo trabalho que tem que ser feito com muita calma e paciência e muito amor.
	SC	Percebo que quando este paciente é admito no Hospital e existe uma boa comunicação desde a portaria até a UTI, esse processo de entrevista, fica facilitado.
P-6	**RS**	Acredito que se bem conduzida, muda desfechos
	PR	É essencial para o fornecer ajuda a família, e se consolidar a doação de órgãos
	SC	Ótima oportunidade de aceite familiar se família bem acolhida
P-7	**RS**	Acredito que quanto mais capacitações e treinamento tivermos, mais preparados estaremos para as situações diversas que enfrentamos.
	PR	A entrevista deve ser pautada em empatia, os familiares devem se sentir acolhidos e compreender todo o processo e a importância dele para o reestabelecimento de várias outras vidas.
	SC	Importantíssima, oportunizar os familiares a doação, é trazer conforto aos familiares
P-8	**RS**	Devemos ir preparando a família antes desse momento seja com breves palestras, não se deve esperar que o paciente se agrave para ter essa conduta.
	SC	A parte mais importante do processo, a equipe precisa estar envolvida e utilizar instrumentos que possibilitam uma linguagem clara, acolhedora.

Fonte: Quadro elaborado pelos autores a partir dos dados coletados.

Ao questionar os enfermeiros de CIHDOTT, sobre a entrevista, afirmaram que ela é um momento decisivo em todo o processo, pois é nesse é neste momento que a família aceita ou não a doação de órgãos de seu ente querido.

Esta pesquisa mostra que a entrevista está associada com o modo e nível de esclarecimento dos familiares, Esse nível de conhecimento relaciona-se quanto sua informação sobre o processo de diagnóstico, ao conhecimento da vontade do possível doador, e sobre o conhecimento geral de doação de órgãos. Também é vista, como um modo de auxiliar a família nessa decisão difícil, e prestar um acolhimento digno e respeitoso.

Assim, pelas falas observa-se que a entrevista familiar é parte essencial do trabalho da CIHDOTT e os membros dessas comissões devem estar preparados e capacitados para essa tarefa.

Entrevista como modo de auxiliar a família, foi percebida e descrita pelos enfermeiros como algo que poderá ajudar os familiares num momento de luto e tristeza pela perda de alguém amado por dar um sentido a mais a morte que foi anunciada:

.

> Uma experiência única que pode ajudar a família a passar por esse período de maneira menos dolorosa (P2 – Paraná)
>
> Tem que ser focado na relação de ajuda ao familiar, a doação é consequência de um acolhimento e humanização efetiva. (P4 – Paraná)
> É essencial para o fornecer ajuda a família, e se consolidar a doação de órgãos (P6 – Paraná)
>
> Importantíssima, oportunizar os familiares a doação, é trazer conforto aos familiares (P7 – Santa Catarina)
>
> Devemos ir preparando a família antes desse momento seja com breves palestras, não se deve esperar que o paciente se agrave para ter essa conduta. (P8- Rio Grande do Sul)

A entrevista, também, foi relatada como um modo de acolher a família, de se mostrar solidário, de estar próximo da família, de dar apoio e consolo no momento de dor. Também foi vista como parte do trabalho do enfermeiro da CIHDOTT e se bem guiada a aceitação da doação virá como consequência:

> Diante disso precisamos envolver as pessoas que gostam mais que se empenham mais em conhecer o processo e as técnicas para uma boa entrevista. (P3 – Paraná)
>
> É um direito da família e como profissionais temos a obrigação de esclarecer todas as dúvidas que eles tenham para tomar essa decisão. (P1 –Santa Catarina)
>
> Acredito que se bem conduzida, muda desfechos (P6-Rio Grande do Sul)
> A parte mais importante do processo, a equipe precisa estar envolvida (P8-Santa Catarina)
>
> Necessária, à vejo como um processo construído desde a chegada do Paciente a Unidade, o vínculo formado da equipe com os familiares, isso tudo contribui para uma resposta positiva a doação, mas em alguns casos, após tantas explicações, orientações ainda recebemos a negativa. (P3 – Rio Grande do Sul)

É a partir da entrevista familiar que prossegue o seguimento do processo de doação de órgãos. Por isso os participantes relatam as competências do enfermeiros para atuar nessa árdua tarefa que é a entrevista familiar.

> Difícil, ainda mais quando se tem pouca experiência e/ou capacitações. (P2 – Rio Grande do Sul)
>
> Precisa ser realizado por profissional capacitado, seguro e que tem bom relacionamento com pessoas! (P1 –Paraná)
>
> É um momento decisivo em todo o processo. Nunca se sabe o que vai se resultar da entrevista. Sensação de medo e incerteza mas também encorajador

> ao saber que o ato pode auxiliar mais pessoas que necessitam da doação. (P1 –Rio Grande do Sul)
>
> É um momento complicado, por isso requer muito treinamento, entendimento, paciência, compreensão não acredito que todos os membros de uma CIHDOTT está capacitado o suficiente para uma entrevista.
>
> A entrevista familiar sempre é difícil de se realizar. Colocar-se no lugar do outro é indispensável. (P5- Rio Grande do Sul)
>
> Acredito que quanto mais capacitações e treinamento tivermos, mais preparados estaremos para as situações diversas que enfrentamos. (P7 – Rio Grande do Sul)

Como já mencionado, a entrevista é parte da função dos membros de CIHDOTT, e requer segundo os enfermeiros participantes a observação de muitos valores éticos e morais.

> Requer muita sensibilidade, compreensão e respeito (P2 - Santa Catarina)
> Momento delicado e difícil onde o respeito deve ser priorizado. (P4 – Rio Grande do Sul)
>
> Um belíssimo trabalho que tem que ser feito com muita calma e paciência e muito amor. (P5 – Paraná)
> A entrevista deve ser pautada em empatia, os familiares devem se sentir acolhidos e compreender todo o processo e a importância dele para o reestabelecimento de várias outras vidas. (P7 – Paraná)

A entrevista mesmo sendo citada como parte do trabalho da CIHDOTT, o tratamento humanizado deve ter ser prevalência sobre o processo de doação. A aceitação ou não da doação por parte do familiar pode ser influenciada pela forma como esta família foi acolhida no ambiente hospitalar desde sua entrada, afinal, na visão sistêmica, tudo se encontra inter-relacionado.

> O foco é o acolher, não o doa. (P2 – Santa Catarina)
>
> Devemos criar uma empatia e apoio constante para com os familiares, isso facilita muito a resposta positiva. (P3- Santa Catarina)
>
> Precisa ter bom diálogo/comunicação, conhecimento, ser empático. (P4 – Santa Catarina)
>
> Percebo que quando este paciente é admito no Hospital e existe uma boa comunicação desde a portaria até a UTI, esse processo de entrevista, fica facilitado (P5- Santa Catarina)
>
> Ótima oportunidade de aceite familiar se família bem acolhida (P6- Santa Catarina)

> E utilizar instrumentos que possibilitam uma linguagem clara, acolhedora. (P8- Santa Catarina)

4.6 Ações gerenciais do enfermeiro de CIHDOTT na Região sul do Brasil

Esse subcapítulo trata dos dados e resultados referentes às ações burocráticas e gerenciais dos enfermeiros de CIHDOTT. Busca-se descobrir como essas ações ocorrem e se os enfermeiros são convidados a participarem delas. A análise foi processada, primeiramente, a partir dos dados quantitativos e a seguir inter-relacionando-os com os qualitativos para verificar a sua interação, conexão e interdependência, seguindo os princípios ecossistêmicos. Os dados quantitativos dessa categoria encontram-se na Tabela 06 e Quadro 15 e os qualitativos no quadro 16 com sua devida distribuição e a seguir foi realizada a análise dos mesmos.

Tabela 06: Ações gerenciais do enfermeiro de CIHDOTT na Região sul do Brasil. Brasil, 2019.

Variáveis	Geral		Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul		p-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Você segue protocolos ou manuais de rotinas para o atendimento ao potencial doador em seu hospital?									
Sempre	95	76	25	67,6	39	81,3	31	77,5	
Frequentemente	17	13,6	5	13,5	6	12,5	6	15	
Ás vezes	7	5,6	3	8,1	2	4,2	2	5	0,578
Raramente	4	3,2	3	8,1	0	0,0	1	2,5	
Nunca	2	1,6	1	2,7	1	2,1	0	0	
Você participa na construção de diretrizes, regimentos e guias para a doação de órgãos no seu departamento seja ele UTI, Bloco, Emergência ou outros?									
Sempre	59	47,2	21	56,8	24	50,0	14	35	
Frequentemente	30	24	3	8,1	16	33,3	11	27,5	
Ás vezes	23	18,4	9	24,3	6	12,5	8	20	0,052
Raramente	8	6,4	3	8,1	0	0,0	5	12,5	
Nunca	5	4	1	2,7	2	4,2	2	5	
Lhe é permitido tomar medidas para alcançar boas práticas na doação de órgãos, por exemplo: realizar treinamento de funcionários, organizar grupos de reflexão sobre questões éticas, abordagem da família etc.									
Sempre	66	52,8	25	**67,6**	29	**60,4**	12	30	
Frequentemente	36	28,8	7	18,9	13	27,1	16	**40**	
Ás vezes	12	9,6	1	2,7	5	10,4	6	15	**0,032**
Raramente	8	6,4	3	8,1	1	2,1	4	10	
Nunca	3	2,4	1	2,7	0	0,0	2	5	
Você ajuda à CIHDOTT a desenvolver diretrizes que levem em conta o processo de doação?									
Sempre	66	52,8	25	67,6	26	54,2	15	37,5	0,096
Frequentemente	29	23,2	4	10,8	12	25,0	13	32,5	

Ás vezes	20	16	3	8,1	9	18,8	8	20	
Raramente	6	4,8	3	8,1	1	2,1	2	5	
Nunca	4	3,2	2	5,4	0	0,0	2	5	
A direção do hospital provê área física e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos referentes à CIHDOTT.									
Sempre	52	41,6	22	**59,5**	18	37,5	12	**30**	
Frequentemente	28	22,4	6	16,2	14	29,2	8	20	
Ás vezes	23	18,4	6	16,2	10	20,8	7	17,5	**0,021**
Raramente	12	9,6	3	8,1	1	2,1	8	20	
Nunca	10	8	0	0,0	5	10,4	5	12,5	
A CIHDOTT promove reuniões periódicas registradas em atas?									
Sempre	68	54,4	21	56,8	27	56,3	20	50	
Frequentemente	31	24,8	9	24,3	12	25,0	10	25	
Ás vezes	15	12	5	13,5	6	12,5	4	10	0,889
Raramente	9	7,2	2	5,4	2	4,2	5	12,5	
Nunca	2	1,6	0	0,0	1	2,1	1	2,5	
A sua CIHDOTT mantém os registros e documentos relativos aos protocolos de Morte encefálica adequadamente arquivados?									
Sempre	95	76	28	75,7	38	79,2	29	72,5	
Frequentemente	22	17,6	7	18,9	9	18,8	6	15	
Ás vezes	5	4	0	0,0	1	2,1	4	10	0,209
Raramente	3	2,4	2	5,4	0	0,0	1	2,5	
Nunca	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	
A sua CIHDOTT mantem os registros de suas intervenções diárias realizados e atualizados.									
Sempre	76	60,8	24	64,9	31	64,6	21	52,5	
Frequentemente	32	25,6	9	24,3	11	22,9	12	30	
Ás vezes	8	6,4	2	5,4	3	6,3	3	7,5	0,882
Raramente	5	4	2	5,4	1	2,1	2	5	
Nunca	4	3,2	0	0,0	2	4,2	2	5	
Você notifica e registra todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação.									
Sempre	97	77,6	30	81,1	36	75,0	31	77,5	
Frequentemente	21	16,8	5	13,5	11	22,9	5	12,5	
Ás vezes	2	1,6	0	0,0	0	0,0	2	5	0,301
Raramente	3	2,4	2	5,4	0	0,0	1	2,5	
Nunca	2	1,6	0	0	1	2,1	1	2,5	
Total	**125**	**100**	**37**	**100**	**48**	**100**	**40**	**100**	

Fonte: Tabela elaborada pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira (2020)

As ações burocráticas e gerenciais envolvem nove questões, destas sete não apresentaram dados significativos. E ao questionar os enfermeiros sobre o uso e seguimento de protocolos ou manuais de rotinas para o atendimento ao potencial doador em seu hospital, (N=95, 76%) afirmaram que sempre seguem tais documentos. Esta frequência foi observada também nos cenários quando analisados separadamente, tendo

essa variável um nível de significância de (p=0,578), não possuindo portanto, significância estatística.

Ao interrogar sobrea participação dos enfermeiros na construção de diretrizes, regimentos e guias para a doação de órgãos no seu departamento, seja ele UTI, Bloco, Emergência ou outros, de modo geral os enfermeiros responderam que sempre participam dessas construções em (N=59, 47%), e frequentemente em (N=30, 24%), e às vezes em (N=23, 18,4%). Mesmo não apresentando significado estatisticamente (p=0,052), tal valor está muito próximo da significância estatística (p=0,05).Essa questão pode estar relacionado com os dados gaúchos em que (N=7, 17,5%) dos enfermeiros, raramente ou nunca são convidados a participar da construção de diretrizes, regimentos ou guias para doação de órgãos, ante aos dados obtidos do Paraná onde (N=4, 10,8%) e Santa Catarina com (N=2, 4,2%) dos participante afirmaram não serem convidados ou raramente serem convidados para elaborar diretrizes, regimentos e guias relacionado a doação de órgãos no seu departamento ou setor.

A questão relacionada a saber se os enfermeiros de CIHDOTT ajudam à CIHDOTT a desenvolver diretrizes que levem em conta o processo de doação, estes apontam para a sua participação frequente ou sempre em (N=95, 76%). E que as CIHDOTT promovem reuniões periódicas registradas em atas em (N=99, 79,2%) dos casos.

Ao arguir sobresse a CIHDOTT mantém os registros e documentos relativos aos protocolos de Morte encefálica adequadamente arquivados, os pesquisados declararam que há registros em (N=117, 93,6%). Do mesmo modo os enfermeiros de CIHDOTTs mantém os registros de suas intervenções diárias em (N=108, 86,4%). Contudo os dados mostram que (N=9, 7,2%) dos participantes não registram suas intervenções diárias ou quando o fazem são raros.

Ao perguntar se os enfermeiros notificam e registram todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação, os dados demonstram que isto ocorre em (N=118, 94,4%), e tal semelhanças e encontra presente nos Estados de modo equânime.

As questões a seguir, conforme Quadro 15, apresentaram nível significância de p-valor menor que 0,05 ($p<0,05$), evidenciando que há diferença significativa entre os grupos estudados, neste caso, entre os Estados. Para descobrir em que cenários as

variáveis estavam associadas significativamente, estas foram submetidas a testes de comparação e associação. O quadro a seguir ilustra o exposto.

Quadro 16: Comparativo entre as variáveis e os cenários que apresentaram (p<0,05) nos testes de normalidade das ações gerenciais.

AÇÕES GERENCIAIS				
Variáveis	Paraná X Santa Catarina	Paraná X Rio Grande do Sul	Santa Catarina X Rio Grande do Sul	p- valor
Lhe é permitido tomar medidas para alcançar boas práticas na doação de órgãos, por exemplo: realizar treinamento de funcionários, organizar grupos de reflexão sobre questões éticas, abordagem da família etc.	0,246	0,017	0,031	0,032
A direção do hospital provê área física e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos referentes à CIHDOTT.	0,053	0,033	0,086	0,021

Fonte: Quadro elaborado pelos autores a partir dos dados coletados organizado pelos pesquisadores Tolfo e
Siqueira (2020.

Prosseguindo o questionamento perguntou-se aos enfermeiros se lhe eram permitidos tomar medidas para alcançar boas práticas na doação de órgãos, como por exemplo, realizar treinamento de funcionários, organizar grupos de reflexão sobre questões éticas, abordagens das famílias entre outra ações, os enfermeiros declaram que de um modo geral (N=66, 52,8%) sempre tem permissão para desempenhar tais ações, este dado é acompanhado pelos Estados do Paraná (N=25, 67,61%) e Santa Catarina (N=29, 60,41%), exceto no Rio Grande do Sul onde apenas (N=12, 30%) dos enfermeiros informaram ter sempre estas permissões. Conforme Quadro 15, houve significância de (p=0,032) nesta variável e está associada ao comparar os Estados do Paraná *versus* Rio Grande do Sul (p=0,017) e Santa Catarina *versus* Rio Grande do Sul (p=0,031).

A importância da direção do hospital em prover área física e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos referentes à CIHDOTT também foi pesquisado e contatou-se que (N=52, 41,6%) dos enfermeiros tem sempre estes recursos disponíveis. Alerta-se atenção para a frequência do raramente e nunca que juntas somam (N=13, 32,5%) dos enfermeiros gaúchos, muito acima da média dos outros Estados, como Paraná (N=3, 8,1%) e Santa Catarina (N=6,

12,5%).Houve significância no Quadro 15 no comparativo entre Paraná e Rio Grande do Sul (p=0,033), onde Paraná está relacionado a (N=22, 59,5%) dos enfermeiros sempre terem acesso aos recursos necessários disponibilizados pela direção do hospital, e (N=12, 30%) dos enfermeiros do Rio Grande do Sul, possuem esta acessibilidade.

Quadro 17:Ações realizadas pelas CIHDOTT que potencializam os índices de Doações de órgãos conforme dados reunidos em cinco categorias visualizados pelas distintas cores da legenda do Quadro 16

LEGENDA


: Ações relacionadas ao acolhimento familiar;


: Ações relacionadas a dedicação exclusiva na CIHDOTT;


: Ações relacionas a divulgação, campanhas e mídia;


: Ações relacionadas a capacitação dos profissionais;


: Ações relacionadas a valorização da CIHDOTT.

Questão de Pesquisa: Na sua visão, que ações desenvolvidas na sua CIHDOTT, são capazes de possibilitar o aumento dos índices de captação e doação de órgãos e tecidos para transplante?		
ID	**CENÁRIO**	**RELATOS**
P-1	**RS**	Houve a obrigatoriedade de abordagem em 100% dos óbitos, interferindo assim na gratificação pessoal ($$) do funcionário. Além de treinamentos semestrais in loco sobre os formulários e a entrevista.
	PR	Treinamentos, palestras de conscientização, feedback de resultados e objetivos
	SC	Enfermeiros exclusivos na CIHDOTT durante as 24h do dia.
P- 2	**RS**	Sim, principalmente se sair do âmbito hospitalar e ter mais divulgação para população.
	PR	Processos bem estruturados e equipe capacitada
	SC	Parceria da equipe da UTI, Busca ativa, união da CIHDOTT, o acolhimento familiar humanizado e precoce.
P- 3	**RS**	A campanha que fizemos em alguns meses do ano, abordando colaboradores, pacientes e familiares.
	PR	Mostrar que não acontece tráfico de órgãos, preferências por quem tem uma condição financeira melhor. Divulgar que é uma fila única.
	SC	Divulgação e melhor esclarecimento dos profissionais que trabalham nas áreas críticas.
P-4	**RS**	Melhoras as condições de acolhimento dos familiares
	PR	Sim, o Estado do Paraná tem apoio logístico excelente, investe em educação e densidade tecnológica.
	SC	Sensibilização de todos os colaboradores do hospital
P-5	**RS**	Acredito que nosso trabalho nas escolas e universidades, disponibilizando conhecimento e sensibilizando as pessoas pela causa.
	PR	Campanhas de divulgação
	SC	Modelo de Acolhimento
P-6	**RS**	Condução da entrevista.
	PR	Realizar campanhas nas escolas e empresas para clarificar todas as dúvidas presentes no ato de doar
	SC	Informação dos profissionais da Saúde e comunidade.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira (2020)

P-7	**RS**	Acredito que a disseminação de conhecimento a respeito do assunto é um grande facilitador.
	PR	Acho que falta mais engajamento dos membros da equipe do Hospital...mais capacitação
	SC	Sim, pensando na captação de córneas, de órgãos, um pouco mais difícil, por conta do perfil
P-8	**RS**	Somente a abordagem familiar é feita.
	SC	A importância da capacitação da equipe afim de utilizar a mesma linguagem.

No tocante relacionado às ações dos enfermeiros membro de CIHDOTT, observa-se variadas atitudes que são voltadas à família, mais especificamente ao acolhimento familiar desde a entrada do possível doador na emergência. Também promovem ações voltadas a campanhas, mídia e divulgação da importância da doação de órgãos, além da capacitação dos profissionais dentro do ambiente hospitalar.

Nota-se também que as ações de enfermagem da CIHDOTT estão relacionadas e influenciadas à dedicação exclusiva e valorização da CIIHDOTT pelo hospital como um todo, desde a diretoria até os componentes da equipe assistencial.

Esta categoria busca possibilitar o entendimento das ações e as múltiplas facetas que os enfermeiros da região Sul do Brasil consideram importantes para aumentar os índices de doação de órgãos e tecidos.

Os discursos a seguir demonstram as ações relacionadas ao acolhimento familiar foi tido pelos enfermeiros da região Sul do Brasil como uma ação que possibilita aumentar as taxas de doação de órgãos. Como descritos nos relatos a seguir:

> O acolhimento familiar humanizado e precoce. (P2- Santa Catarina)
> Melhoras as condições de acolhimento dos familiares (P4 – Rio Grande do Sul)
>
> Modelo de Acolhimento (P5 -Santa Catarina)
>
> Sim, pensando na captação de córneas, de órgãos, um pouco mais difícil, por conta do perfil (P7- Santa Catarina)
>
> Somente a abordagem familiar é feita. (P8- Rio Grande do Sul)

As ações relacionadas a valorização remunerada e dedicação exclusiva na CIHDOTT foi levantada como um meio para disponibilizar mais tempo e motivação extra para realizar as tarefas das CIHDOTT, acompanhamentos de pacientes e busca ativa e entrevistas de familiares de possíveis doadores de órgãos, conforme relatos a seguir.

> Enfermeiros exclusivos na CIHDOTT durante as 24h do dia. (P1- Santa Catarina)
>
> Parceria da equipe da UTI, Busca ativa, união da CIHDOTT (P2 – Santa Catarina)
>
> Houve a obrigatoriedade de abordagem em 100% dos óbitos, interferindo assim na gratificação pessoal ($$) do funcionário (P1- Rio Grande do Sul)

As campanhas de divulgação e mídia, também, foram vistas como ações que podem potencializar as taxas de obtenção de órgãos e tecidos para fins de transplantes:

> Sim, principalmente se sair do âmbito hospitalar e ter mais divulgação para população. (P2 –Rio Grande do Sul
>
> A campanha que fizemos em alguns meses do ano, abordando colaboradores, pacientes e familiares. (P3 – Rio Grande do Sul
>
> Mostrar que não acontece tráfico de órgãos, preferências por quem tem uma condição financeira melhor. Divulgar que é uma fila única. (P3 – Paraná)
>
> Sensibilização de todos os colaboradores do hospital (P4 – Santa Catarina)
>
> Acredito que nosso trabalho nas escolas e universidades, disponibilizando conhecimento e sensibilizando as pessoas pela causa. (P5 – Rio Grande do Sul)
>
> Campanhas de divulgação (P5 – Rio Grande do Sul)
>
> Realizar campanhas nas escolas e empresas para clarificar todas as dúvidas presentes no ato de doar (P6- Paraná)
>
> Informação dos profissionais da Saúde e comunidade. (P6 – Santa Catarina)
>
> Acredito que a disseminação de conhecimento a respeito do assunto é um grande facilitador. (P7- Rio Grande do Sul)
> Acho que falta mais engajamento dos membros da equipe do Hospital...mais capacitação (P7 – Paraná)

Do mesmo modo, os enfermeiros, conforme suas afirmativas, acreditam que ações educativas voltadas para a capacitação dos profissionais também sejam uma alternativa viável para incrementar as taxas de doação de órgãos e tecidos.

> Além de treinamentos semestrais in loco sobre os formulários e a entrevista. (P1 – Rio Grande do Sul)
>
> Treinamentos, palestras de conscientização, feedback de resultados e objetivos (P1 – Paraná)

Processos bem estruturados e equipe capacitada (P2- Paraná)

Divulgação e melhor esclarecimento dos profissionais que trabalham nas áreas críticas. (P3 – Santa Catarina)

Sim, o Estado do Paraná tem apoio logístico excelente, investe em educação e densidade tecnológica. (P4 – Paraná

Condução da entrevista. (P6 – Rio Grande do Sul)

A importância da capacitação da equipe afim de utilizar a mesma linguagem. (P8- Santa Catarina)

4.7 Ações da CIHDOTT direcionadas para os aspectos relacionais no ambiente intra e extra-hospitalar.

No aspecto relativo ao ambiente intra e extra-hospitalar buscou-se conhecer como se dão essas relações entre os elementos que de forma direta ou indiretamente estão ligados ao trabalho dos enfermeiros inseridos nas CIHDOTTs. Os dados foram organizados na tabela 07 e os quadros 17 e 18 e analisados brevemente conforme segue:

Tabela 07:Ações da CIHDOTT direcionadas para os aspectos relacionais no ambiente intra e extra-hospitalar.

Variáveis	Geral		Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul		p-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Você repassa de forma regular as informações aos outros funcionários do hospital que estão envolvidos no cuidado do potencial doador?									
Sempre	55	44	17	,9	22	45,8	16	40	
Frequentemente	47	37,6	16	43,2	14	29,2	17	42,5	
Às vezes	17	13,6	2	5,4	11	22,9	4	10	0,156
Raramente	5	4	2	5,4	0	0,0	3	7,5	
Nunca	1	0,8	0	0,0	1	2,1	0	0	
No hospital onde trabalha, há suportes tecnológicos, farmacológicos, espirituais e/ou psicológicos, e estruturais (sala para entrevista familiar, por exemplo), necessários para a manutenção do potencial doador e amparo familiar?									
Sempre	51	40,8	19	**51,4**	24	**50**	8	20	
Frequentemente	34	27,2	10	27,0	14	29,2	10	25	
Às vezes	27	21,6	3	8,1	7	14,6	17	**42,5**	0,006
Raramente	11	8,8	4	10,8	2	4,2	5	12,5	
Nunca	2	1,6	1	2,7	1	2,1	0	0	
Você colabora com outros profissionais fora do seu departamento (tais como raios-x ou laboratórios) para melhorar a inter-relação entre os setores e o possível doador de órgãos?									
Sempre	75	60	23	62,2	33	68,8	19	47,5	0,249

Frequentemente	35	28	9	24,3	10	20,8	16	40	
Às vezes	10	8	3	8,1	5	10,4	2	5	
Raramente	4	3,2	2	5,4	0	0,0	2	5	
Nunca	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	2,5	
Você promove a comunicação e a cooperação entre as diversas profissões e setores na assistência a um doador potencial?									
Sempre	77	61,6	25	67,6	33	68,8	19	47,5	
Frequentemente	36	28,8	9	24,3	11	22,9	16	40	
Às vezes	7	5,6	2	5,4	2	4,2	3	7,5	0,522
Raramente	5	4	1	2,7	2	4,2	2	5	
Nunca	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	
Na sua opinião, a coordenação da CIHDOTT onde você atua, mantém uma boa relação com todos os integrantes do hospital e da própria CIHDOTT?									
Sempre	68	54,4	15	**40,5**	30	**62,5**	23	57,5	
Frequentemente	39	31,2	11	29,7	16	33,3	12	30	
Às vezes	8	6,4	4	10,8	1	2,1	3	7,5	**0,047**
Raramente	10	8	7	**18,9**	1	**2,1**	2	5	
Nunca	0	0	0	0	0	0,0	0	0	
Há um bom ambiente de trabalho e comunicação fluida dentro das UTIs, emergência ou bloco cirúrgico em relação à CIHDOTT?									
Sempre	49	39,2	15	40,5	24	50,0	10	25	
Frequentemente	52	41,6	15	40,5	19	39,6	18	45	
Às vezes	16	12,8	4	10,8	4	8,3	8	20	0,152
Raramente	6	4,8	3	8,1	1	2,1	2	5	
Nunca	2	1,6	0	0,0	0	0,0	2	5	
Você se articula com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos?									
Sempre	80	64	24	64,9	32	66,7	24	60	
Frequentemente	31	24,8	6	16,2	13	27,1	12	30	
Às vezes	10	8	4	10,8	2	4,2	4	10	0,434
Raramente	3	2,4	2	5,4	1	2,1	0	0	
Nunca	1	0,8	1	2,7	0	0,0	0	0	
Você se articula com o Instituto Médico Legal (IML) e/ou Serviço de Verificação de Óbito (SVO), para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, 1 que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos?									
Sempre	50	40	14	37,8	25	52,1	11	27,5	
Frequentemente	38	30,4	9	24,3	16	33,3	13	32,5	
Às vezes	18	14,4	7	18,9	4	8,3	7	17,5	0,11
Raramente	11	8,8	5	13,5	0	0,0	6	15	
Nunca	8	6,4	2	5,4	3	6,3	3	7,5	
Você se inter-relaciona com as respectivas Centrais, OPOs e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos?									
Sempre	84	67,2	26	70,3	32	66,7	26	65	
Frequentemente	28	22,4	9	24,3	11	22,9	8	20	
Às vezes	9	7,2	1	2,7	3	6,3	5	12,5	0,497
Raramente	2	1,6	1	2,7	0	0,0	1	2,5	

	Nunca	2	1,6	0	0,0	2	4,2	0	0
Total		**125**	**100**	**37**	**100**	**48**	**100**	**40**	**100**

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira (2020).

As ações que permeiam os aspectos relacionais estão distribuídas em nove temas, destes sete não apresentaram dados significativos, atendendo ao padrão de normalidade. Sobre o repasse regular de informações aos outros funcionários do hospital que estão envolvidos no cuidado do potencial doador, os enfermeiros responderam que em média (N=102, 81,6%) deles sempre ou frequentemente fornecem informações aos demais profissionais envolvidos no processo de doação de órgãos. Tal fato é encontra-se presente nos três cenários, quando analisados separadamente (p=0,156).

A cooperação com outros profissionais fora do seu departamento, tais como, raio-a, laboratórios e outros setores, para melhorar a inter-relação entre os setores e o possível doador de órgãos foi referida por (N=75, 60%) dos participantes como uma ação continua. Esta proporção encontrou-se presente nos Estados do Paraná (N=23, 62,2%), e Santa Catarina (N=33, 68,8%), diferente da média gaúcha (N=19, 47,5%) único Estado pesquisado que apesar de estar abaixo da média de 50%, concentrou a maior parcela dos respondentes nesse aspecto.

O estudo revelou que os enfermeiros sempre promovem a comunicação e a cooperação entre os diversos profissionais e setores de assistência a um doador potencial em (N=77, 61,6%) dos pacientes com possibilidade de doação de órgãos. Apresentando um p-valor não significativo (p=0,522). Esta achado é verificado nos estados quando observados separadamente, Estado do Paraná (N=25, 67,6%), Estado de Santa Catarina (N=33, 68,8%), e Rio Grande do Sul com (N=19, 47,5%), tais valores são semelhantes quando se leva em conta também a inter-relação entre os setores, como visto anteriormente.

Na maioria das vezes, sempre há uma comunicação dos enfermeiros com os demais setores e profissionais que atuam no hospital. Essa relação é percebida em todos os Estados, mas o Rio Grande do Sul apesenta as menores porcentagens nesse aspecto e mesmo não havendo significância estatística ($p<0.05$), esses dados chamam a atenção, por trazerem o Estado do Rio Grande do Sul uma taxa de aproximadamente de 20% menos que os outros cenários analisados.

Se há um bom ambiente de trabalho e comunicação fluida dentro das UTIs, emergências ou bloco cirúrgico em relação à CIHDOTT, os participantes responderam

que sempre e frequentemente há um bom ambiente de trabalho para (N=101, 80,8%), dos respondentes e essa distribuição é acompanhada em todos os Estados: Paraná (N=30, 81%), em Santa Catarina (N=43, 89,6%), e no Rio Grande do Sul (N=28, 70%). Uma frequência nessa questão, o que chama a atenção é para os (N=8, 20%) dos enfermeiros gaúchos que declararam que "às vezes", há um bom ambiente de trabalho e comunicação fluida, estando acima da média geral da amostra (N=16, 12,8%).

Os respondentes afirmaram que em (N=111, 88.8%) sempre ou frequentemente se articulam com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos, essa distribuição de frequências é semelhante em todos os cenários estudados atingindo um valor não significativos (p=434) de um modo geral e na comparação entre os grupos. No Paraná (N=30, 81,1%), em Santa Catarina (N=45, 93,8%) e no Rio Grande do Sul (N=36, 90%).

Os enfermeiros foram questionados sobre os aspectos relacionais relativos ao ambiente extra hospitalar. Eles responderam que sempre e/ou frequentemente se articulam com o Instituto Médico Legal (IML) e/ou Serviço de Verificação de Óbito (SVO), em (N=88, 70,4%) dos casos, e esse fator não apresentou significância estatística (p=0,11) tendo uma distribuição uniforme entre os cenários estudados.

Do mesmo modo esta inter-relação acontece com as respectivas Centrais, OPOs e/ou bancos de tecidos da sua região, visando organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos em (N=112, 87,6%), sendo acompanhado pelos estados ao observa-los isoladamente, Paraná (N=35, 94,6%), Santa Catarina (N=43, 89,6%), e Rio Grande do Sul (N=43, 85%). Não apresentado um p-valor significativo (p=0,497).

No quadro abaixo encontram-se os dados com significância estatística ($p<0,05$) encontrados. Além disso, estes dados foram comparados entre os cenários na intenção de evidenciar associações ou não entre eles. No quadro 17 que se segue, é possível visualizar explanado.

Quadro 18: Quadro comparativo entre as variáveis e os cenários que apresentaram (p<0,05) nos testes de normalidade das ações relacionais no ambiente intra e extra hospitalar. Brasil, 2019.

AÇÕES RELCIONAIS NO AMBIENTE INTRA E EXTRA HOSPITALAR				
Variáveis	Paraná X Santa Catarina	Paraná X Rio Grande do Sul	Santa Catarina X Rio Grande do Sul	P valor
No hospital onde trabalha, há suportes tecnológicos, farmacológicos, espirituais e/ou psicológicos, e estruturais (sala para entrevista familiar, por exemplo), necessários para a manutenção do potencial doador e amparo familiar.	**0,712**	**0,004**	**0,006**	**0,006**
Na sua opinião, a coordenação da CIHDOTT onde você atua, mantém uma boa relação com todos os integrantes do hospital e da própria CIHDOTT?	**0,012**	**0,209**	**0,548**	**0,047**

Fonte: Com base nos dados da pesquisa elaborado pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira (2020).

Houve significância no que se refere aos suportes tecnológicos, farmacológicos, espirituais e/ou psicológicos e estruturais (sala para entrevista familiar, por exemplo), necessários para a manutenção do potencial doador e amparo familiar, disponibilizados pelos hospital onde os participantes atuam (p=0,006) e isto foi evidenciado nos comparativos entre os Estados do Paraná e Rio Grande do Sul (p=0,004) e Santa Catarina e Rio Grande do Sul (p=0,006). Esse fato parece estar associado aos Estados do Paraná (N=19, 51,4%) e Santa Catarina (N=24, 50%) sempre terem acesso a tais suportes, enquanto o Rio Grande do Sul (N=17, 45%) as vezes tem essa acessibilidade.

Também foi significativo (p=0,047) para os enfermeiros participantes o quanto a sua coordenação da CIHDOTT, mantém um bom relacionamento com todos os integrantes do hospital e da própria CIHDOTT. No comparativo entres os cenários, foi confirmado que apenas Paraná e Santa Catarina apresentaram valor significativo (p=0,012). Isto pode estar relacionado aos (N=15, 40,5%) dos enfermeiros paranaenses declararem que sempre há um bom relacionamento entre a coordenação da CIHDOTT e demais profissionais do hospital, enquanto em Santa Catarina, os enfermeiros afirmaram que 62,5% (N=30) dos coordenadores de CIHDOTT mantém bom relacionamento com os demais. Também, é perceptível que para estes mesmos cenários (N=7, 18.9%) dos enfermeiros do Paraná alegaram que raramente a coordenação da CIHDOTT mantem um bom relacionamento com os demais integrantes e profissionais do hospital, ante (N=1, 2.1%) dos catarinenses.

Quadro 19: Barreiras encontradas no trabalho do enfermeiro de CIHDOTT agrupados em quatro categorias visualizados nas cores discriminadas na legenda

LEGENDA

: Barreiras relacionadas à família;

: Barreiras relacionadas a equipe assistencial;

: Barreiras relacionas aos mitos, crenças e religião;

: Barreiras relacionadas a estrutura física dos hospitais e ao SNT.

Questão de Pesquisa: Com base na sua experiência profissional, trabalhando na CIHDOTT, existem barreiras e fatores que dificultam a doação de órgãos e tecidos para transplante? Quais? Explique.		
ID	**CENÁRIO**	**RELATOS**
P. 1	**RS**	Acredito que a questão do tempo é uma das barreiras que mais disponibilizam a doação de órgãos. As famílias vem sofrimento na espera do processo de captação.
	PR	Sim, culturais e profissionais. Ainda há muito mito a ser quebrado.
	SC	Falta de preparo de alguns profissionais médicos para conduzir o diagnóstico e a manutenção.
P- 2	**RS**	A resistência médica em abrir o protocolo de morte encefálica, principalmente quando o paciente em morte encefálica não tem perfil para doador.
	PR	Ainda questões sobre comunicação.
	SC	Líder religioso sem base teológica (se autopromove com possíveis milagres da vida), médico que não se engaja no processo (atua com morosidade), familiar que quer centrar a decisão (não respeita a opinião dos demais), falta de apoio institucional (desmotiva a educação permanente).
P- 3	**RS**	Desinformação, as vezes a mídia divulga reportagens que causam dúvidas sobre o processo de diagnóstico de ME. E ao abordarmos o familiar ele dá a negativa. Por isso ao identificar o potencial doador, começamos com um trabalho junto a equipe multidisciplinar, para desmitificar a ME.
	PR	Sim existe. A logística do médico para fazer o último exame, ficamos amarrados nesse tempo q geralmente acontece o exame apenas na madrugada. E a família quer estar presente quer saber o resultado. A demora para a entrega do corpo também é uma dificuldade porque a equipe de captação é pequena e muitas vezes estão em outros hospitais e cana demorando para chegar na nossa cidade.
	SC	Existem em meu hospital lideranças médicas contrárias às ações da comissão, isso nos traz alguns contratempos.
P-4	**RS**	Falta de informação da população sobre a morte, dificuldade de aceitação e desconhecimento da vontade do potencial doador.
	PR	A falta de comunicação entre os familiares sobre morte e doação deu órgãos, falar sobre isso torna a decisão menos pesada.
	SC	Fragilidade na adesão médica em participar das capacitações
P-5	**RS**	Existem inúmeras barreiras que dificultam a doação de órgãos entre as quais a demora para ocorrer a captação pelas equipes médicas.
	PR	Falta de conhecimento sobre a doação em si. E falta de conhecimento da vontade do familiar em vida. Tive um caso de pressa para velar o corpo
	SC	Infelizmente sim, alguns profissionais têm dificuldade na identificação do paciente potencial doador.
P-6	**RS**	A maior barreira que dificulta a doação de órgãos e tecidos é o desconhecimento da família em relação ao desejo do potencial doador.
	PR	Sim, a falta de comunicação e clarificação entre os familiares

	SC	Falta de conhecimento
P-7	**RS**	Por sermos do interior do estado, acredito q o tempo de espera por conta de toda a logística é um fator que dificulta o aceite familiar.
	PR	A experiência prévia da família, a forma como ela foi acolhida no serviço.
	SC	Ainda temos a falta de conhecimento dos profissionais, que não sabem e por conta disso, por vezes não entendem o processo e seu desenvolvimento
P-8	**RS**	Falta de conhecimento geral, cultura familiar.
	SC	Sim. Crenças. Abordagem da família mal feita.

Fonte: Quadro elaborado pelos autores a partir dos dados coletados.

Esta categoria aborda o tema relacionado ao trabalho dos profissionais enfermeiros membros de CIHDOTT e apontam, por meio dos depoimento as barreiras e dificuldades encontradas pelos profissionais enfermeiros no desempenhar de suas funções. Observa-se que, os três estados compartilham dos mesmos fatores dificultadores, e que a frequência dos obstáculos se apresentaram na mesma proporção.

Os dados evidenciam como o profissional enfermeiro lida com as adversidades do seu trabalho, quando inserido na CIHDOTT e como as barreiras estão relacionadas com as equipes assistenciais, aos aspectos relacionados à família do possível doador, aos mitos e crenças, à estrutura hospitalar e logística do sistema de doação e ao tralhado da CIHDOTT.

A doação de órgãos proveniente de doadores em morte encefálica, só ocorre quando há um doador eleito para tal ato. Para que isso ocorra, primeiramente o paciente deverá ser identificado, submetido aos vários testes e exames, ser observado constantemente.

Os profissionais responsáveis por estas ações compõem a equipe assistencial, e para os participantes desse estudo, é nas equipes assistenciais que se encontram os maiores problemas citados pelos enfermeiros de CIHDOTT.

> A resistência médica em abrir o protocolo de morte encefálica, principalmente quando o paciente em morte encefálica não tem perfil para doador. (P2- Rio Grande do Sul)

> Ainda dificuldade de comunicação com as equipes médicas. (P– Paraná)

Fica implícito que o conhecimento sobre os processos que envolvem a doação de órgãos, fomenta um dos fatores mais importantes e que sua ausência pode determinar o sucesso da doação.

> Falta de preparo de alguns profissionais médicos para conduzir o diagnóstico e a manutenção. (P1 –Santa Catarina)

> Fragilidade na adesão médica em participar das capacitações (P4 – Paraná)
>
> Infelizmente sim, alguns profissionais têm dificuldade na identificação do paciente potencial doador. (P5 – Santa Catarina)
>
> Falta de conhecimento (P5 – Santa Catarina)
>
> Ainda temos a falta de conhecimento dos profissionais, que não sabem e por conta disso, por vezes não entendem o processo e seu desenvolvimento (P7 – Santa Catarina)

Inserido na equipe assistencial, o profissional médico, foi relatado pelos participantes como uma barreira ainda a ser superada, e que algumas normativas brasileiras, vem ao encontro dessa necessidade.

> Sim existe. A logística do médico para fazer o último exame, ficamos amarrados nesse tempo q geralmente acontece o exame apenas na madrugada. E a família quer estar presente quer saber o resultado (P3 – Paraná)
>
> Existem em meu hospital lideranças médicas contrárias às ações da comissão, isso nos traz alguns contratempos (P3 – Santa Catarina)
>
> Médico que não se engaja no processo (atua com morosidade (P2- Santa Catarina)

Outra barreira mencionada, parece estar relacionada a família, e como ela elabora todo esse turbilhão que mistura sentimentos, eminência de perda de um ente querido e uma enxurrada de informações que são repassadas a ela, que iniciam desde o evento causador da morte encefálica, perpassando pelo processo de diagnóstico e culminando, muitas vezes, na entrevista familiar para solicitação de doação de órgãos.

O modo como a família é acolhida desde a entrada no hospital é uma das barreiras a serem ultrapassadas pelos enfermeiros de CIHDOTT, pois, segundo eles reflete na decisão ou não da doação de órgãos.

> A experiência prévia da família, a forma como ela foi acolhida no serviço. (P7 – Paraná)
>
> Abordagem da família mal feita. (P8- Santa Catarina)

Também há o desconhecimento dos familiares e sociedade em geral sobre a doação de órgãos que acarreta em empecilhos para o bom desenvolvimento do trabalho do enfermeiro como afirmam os relatos a seguir.

> Falta de informação da população sobre a morte, dificuldade de aceitação e desconhecimento da vontade do potencial doador. (P4- Rio Grande do Sul)

> Familiar que quer centrar a decisão (não respeita a opinião dos demais), (P2-Santa Catarina)
>
> A falta de comunicação entre os familiares sobre morte e doação de órgãos, falar sobre isso torna a decisão menos pesada. (P4 – Paraná)
>
> Falta de conhecimento sobre a doação em si. E falta de conhecimento da vontade do familiar em vida (P5 – Paraná)
>
> A maior barreira que dificulta a doação de órgãos e tecidos é o desconhecimento da família em relação ao desejo do potencial doador. (P6-Rio Grande do Sul)
>
> Sim, a falta de comunicação e clarificação entre os familiares (P6- Paraná)

Os mitos muitas vezes errôneos acerca da doação de órgãos e os transplantes foram vistas pelos enfermeiros como um fator dificultador no processo de trabalho desses profissionais integrantes das CIHDOTT.

> Sim, culturais e profissionais. Ainda há muito mito a ser quebrado. (P1-Paraná)
>
> Desinformação, as vezes a mídia divulga reportagens que causam dúvidas sobre o processo de diagnóstico de ME. E ao abordarmos o familiar [...], começamos um trabalho, para desmitificar a ME. (P3 – Rio Grande do Sul)
>
> Falta de conhecimento geral, cultura familiar. (P8- Rio Grande do Sul)

Outros aspectos que podem ser entraves, foram levantados pelos enfermeiros membros de CIHDOTT e estão relacionados às crenças religiosas, conforme falas:

> Líder religioso sem base teológica (se autopromove com possíveis milagres da vida), médico que não se engaja no processo (atua com morosidade), (P2-Santa Catarina)
>
> Sim. Crenças (P8- Santa Catarina)

A logística que evolve todo o processo de doação envolve o hospital e seus recursos disponíveis que se conectam ao sistema nacional de transplantes, por meio da CIHDOTT, OPO e Central de Transplantes. Os empecilhos registrados pelos enfermeiros a nível hospitalar estão a seguir:

> Falta de apoio institucional (desmotiva a educação permanente). (P2 –Santa Catarina)
>
> Por sermos do interior do estado, acredito q o tempo de espera por conta de toda a logística é um fator que dificulta o aceite familiar. (P7-Rio Grande do Sul)

Os participantes também expressaram dificuldades ao referir-se ao tempo relacionando a demora pela Central de Transplantes em captar os órgãos.

> As famílias vem sofrimento na espera do processo de captação (P1 – Rio Grande do Sul)
>
> Tive um caso de pressa para velar o corpo (P5 – Paraná)
>
> Acredito que a questão do tempo é uma das barreiras que mais disponibilizam a doação de órgãos (P1 – Rio Grande do Sul)
>
> A demora para a entrega do corpo também é uma dificuldade porque a equipe de captação é pequena e muitas vezes estão em outros hospitais e cana demorando para chegar na nossa cidade. (P3- Paraná)
>
> Existem inúmeras barreiras que dificultam a doação de órgãos entre as quais a demora para ocorrer a captação pelas equipes médicas. (P5 – Rio Grande do Sul)

Quadro 20: Facilidades que estimulam a doação de órgãos na visão do enfermeiro de CIHDOTT, dados agrupados em quatro categorias.

LEGENDA

: Facilidades relacionadas à equipe assistencial;

: Facilidades relacionadas a família;

: Facilidades relacionas a divulgação, campanhas e mídia;

: Facilidades relacionadas ao trabalho da CIHDOTT.

Questão de Pesquisa: Na sua opinião, existem fatores facilitadores que estimulam a possibilidade de aumentar o índice de doação de órgãos e tecidos? Se sim, fale sobre eles.		
ID	**CENÁRIO**	**RELATOS**
P. 1	**RS**	Uma conversa acolhedora, coerente e esclarecedora é um dos facilitadores. Além do acolhimento desde o início da internação do paciente, faz com que a família sinta segurança nos profissionais e no processo.
	PR	Sim, o treinamento, conscientização e comunicação eficaz auxiliam muito
	SC	O empenho da Central de Transplantes em proporcional cursos para os profissionais envolvidos no processo, fazendo com que os mesmos estejam preparados para dar suporte a família.
P- 2	**RS**	São fatores que levam tempo para aparecerem, pois para melhorar a doação deve ser aumentado a divulgação, orientação para que as pessoas comuniquem sua posição aos familiares.
	PR	Acolhimento humanizado clarificação das informações e respeito ao desejo da família
	SC	Parceria com equipe da Unidade de pacientes críticos, motivação e união da CIHDOTT, campanhas sobre doação de órgãos.
P- 3	**RS**	Sim as campanhas de doação, são um exemplo.
	PR	Sim. O fato de ser mais divulgado nas redes sociais, na mídia, a lista de espera e depoimentos de quem aceitou doar o quanto isso foi acalmando o coração e a saudade.

	SC	Sim a comunicado e divulgação da comissão por parte dos integrantes aumenta o índice.
P-4	**RS**	Sim informação, educação e discussão sobre o assunto.
	PR	Incentivar a falar sobre doação de órgãos e desmistificar o processo. Outro ponto importante é a densidade tecnológica das UTIs, profissionais habilitados e apoio logístico.
	SC	Realizar um bom Acolhimento dia familiares
P-5	**RS**	Os fatores que facilitam é que ainda as pessoas pensam em ajudar as demais.
	PR	Sim. A família perceber a empatia do profissional e ter criado um vínculo afetivo com ele. Saber a finalidade e importância da doação, antes da tragédia porque no momento da tragédia só pensa nela e não se escuta mais nada além disso
	SC	Os cursos realizados in loco têm facilitado a compressão dos profissionais que não pertencem a CIHDOTT.
P-6	**RS**	Sim, certamente medidas de conscientização a população.
	PR	Os meios de comunicação são essenciais para se trabalhar e colaborar no processo de doação de órgãos
	SC	Esclarecemos acerca do processo
P-7	**RS**	Sim. Uma maior agilidade no processo
	PR	Sim, fatores como a ênfase na personalidade do doador, no seu desejo de ajudar o próximo
	SC	Para nós é um pouco difícil, por conta da nossa clientela, os neurocríticos são encaminhados para instituição de referência
P-8	**RS**	. Talvez uma palestra breve em sala reservada com todos que aguardam para visitar aos pacientes. Uma forma de expandir essa cultura.
	SC	Sim, a participação e envolvimento da equipe juntamente com a unidade hospitalar. O envolvimento dos meios de comunicação.

Fonte: Quadro elaborado pelos autores a partir dos dados coletados.

Os enfermeiros de CIHDOTT também responderam a uma questão, que visava revelar se existiam facilidades e a que fatores essas facilidades estavam relacionadas. Esta categoria aborda as questões relacionadas ao trabalho dos enfermeiros membros de CIHDOTT e evidencia por meio dos discursos, as facilidades encontradas por eles no desempenhar de suas funções. Observa-se que, os três estados compartilham dos mesmos fatores facilitadores e que muitas das ações dos enfermeiros provem desses fatores facilitadores.

Nesse contexto os profissionais enfermeiros relataram que as facilidades advindas no seu trabalho, quando membro de CIHDOTT, estão associadas à equipe assistencial, família do doador e as divulgações, campanhas e mídia destinadas a conscientização sobre a doação de órgãos. Observa-se que as facilidade se apresentam em menor número que as barreiras e dificuldades, e que as facilidades estão relacionadas aos mesmos fatores dificultadores.

As facilidades relacionadas a equipe assistencial, foram relatadas por participantes de todos os cenários investigados, contudo, Santa Catariana foi o Estado de maior representatividade nessa facilidade. Desse modo, os fatores facilitadores para o bom desempenho das CIHDOTTs catarinenses parece estar associado ao fator equipe

assistencial. Os enfermeiros relataram que cursos e o comprometimento da Central de Transplantes são facilitadores desse processo de trabalho, conforme falas a seguir:

> O empenho da Central de Transplantes em proporcionar cursos para os profissionais envolvidos no processo, fazendo com que os mesmos estejam preparados para dar suporte a família. (P1 – Santa Catarina)

> Os cursos realizados in loco têm facilitado a compressão dos profissionais que não pertencem a CIHDOTT. (P5 – Santa Catarina)

> Sim. Uma maior agilidade no processo (P7- Rio Grande do Sul)

Além do suporte do Sistema Estadual de Transplantes de Órgãos de Santa Catarina, os participantes também mencionaram as contratualizações com as equipes assistências para um bom relacionamento, por meio da integração, e interação da CIHDOTT com as demais unidades hospitalares dotadas de suporte tecnológico para atender um paciente em neurocrítico.

> Parceria com equipe da Unidade de pacientes críticos, motivação e união da CIHDOTT, (P2- Santa Catarina)

> Sim, a participação e envolvimento da equipe juntamente com a unidade hospitalar. (P8- Santa Catarina)

> Outro ponto importante é a densidade tecnológica das UTIs, profissionais habilitados e apoio logístico. (P4-Paraná)

Os entrevistados também fizeram menção aos fatores facilitadores relacionadas a família para os entrevistados o acolhimento ao familiares é um fator facilitador, pois, favorece a criação de vínculos maiores e mais fortes do que apenas contatos breves e profissionais. Acolher no sentido de se solidarizar com a família, é criar vínculos sólidos de confiança, é o profissional enfermeiro da CIHDOTT que será o intermediário e interlocutor entre o doador e suas necessidades, a equipe assistencial, e a família.

Outro aspecto facilitador relacionado as famílias está na atitude dos enfermeiros de CIHDOTT no que se refere a conscientização ou desmistificação da morte encefálica e doação de órgãos. Esta facilidade pode ser percebida nos relatos que se segue:

> Sim, o treinamento, conscientização e comunicação eficaz auxiliam muito (P1- Paraná)

> Sim. O fato de ser mais divulgado nas redes sociais, na mídia, a lista de espera e depoimentos de quem aceitou doar o quanto isso foi acalmando o coração e a saudade. (P3- Paraná)
>
> Incentivar a falar sobre doação de órgãos e desmistificar o processo. (P4 – Paraná)

Foram mencionadas, também a divulgação, campanhas e mídia, tidas pelos enfermeiros como fatores que facilitam seu trabalho nas CIHDOTT.

> Os fatores que facilitam é que ainda as pessoas pensam em ajudar as demais. (P5- Rio Grande do Sul)
>
> Saber a finalidade e importância da doação, antes da tragédia porque no momento da tragédia só pensa nela e não se escuta mais nada além disso (P5- Paraná)
>
> Sim, certamente medidas de conscientização a população. (P6 – Rio Grande do Sul)

Ainda sobre as campanhas e conscientização os profissionais enfermeiros relataram que as campanhas através dos meios de comunicação em massa, são fatores facilitadores do seu trabalho. Como os relatos a seguir.

> São fatores que levam tempo para aparecerem, pois para melhorar a doação deve ser aumentado a divulgação, orientação para que as pessoas comuniquem sua posição aos familiares. (P2- Rio Grande do Sul)
>
> Campanhas sobre doação de órgãos. (P2 – Santa Catarina)
>
> Os meios de comunicação são essenciais para se trabalhar e colaborar no processo de doação de órgãos (P6 – Paraná)
>
> O envolvimento dos meios de comunicação. (P8- Santa Catarina)

Ainda nesse contexto, os participantes também informaram que as campanhas locais, realizadas pelas CIHDOTT também são alternativas viáveis que favorecem e facilitam o trabalho dos enfermeiros de CIHDOTT.

> A comunicado e divulgação da comissão por parte dos integrantes aumenta o índice. (P3 – Santa Catarina)
>
> Sim informação, educação e discussão sobre o assunto (P4- Rio Grande do Sul)
>
> Esclarecemos acerca do processo (P6 – Santa Catarina)

> Sim, fatores como a ênfase na personalidade do doador, no seu desejo de ajudar o próximo (P7- Paraná)
>
> Talvez uma palestra breve em sala reservada com todos que aguardam para visitar aos pacientes. Uma forma de expandir essa cultura. (P8- Rio Grande do Sul)

Ao concluir a apresentação dos dados, ressalta-se que, conforme previsto no projeto da presente Tese, todos os objetivos discriminados inicialmente foram alcançados. O quadro abaixo ilustra de modo simplificada, os objetivos relacionando-os com os dados ou artigos que abordam ou atendem a esses objetivos propostos nesta pesquisa, que não foram discutido, no momento presente, mas constituem dados para produções científicas futuras.

Quadro 21: Objetivos da Tese e os dados ou artigos que os abordam ou os atendem

Objetivos específicos quantitativos e qualitativos:	
Realizar levantamento das CIHDOTTs alocadas na região sul do Brasil;	APÊNDICE F: Rol de CIHDOTT da Região Sul do Brasil
Conhecer o perfil sócio demográfico e funcional dos enfermeiros integrantes das CIHDOTTs da região sul do Brasil;	**Tópico 4.1.1**: Dados e resultados do perfil Sociodemográfico dos enfermeiros membros da CIHDOTTs da Região Sul do Brasil **Tópico 4.1.2**: Caracterização funcional dos enfermeiros membros de CIHDOTT da Região Sul do Brasil **Tópico 4.1.3**: Caracterização das CIHDOTTs onde os enfermeiros da Região Sul do Brasil atuam.
Identificar as ações gerenciais e burocráticas, das CIHDOTTs da região sul do Brasil;	**Tópico 4.4:** Ações burocráticas e gerenciais do enfermeiro de CIHDOTT na Região sul do Brasil
Avaliar as ações das CIHDOTTs direcionadas para os aspectos relacionais no ambiente intra e extra-hospitalar;	**Tópico 4.5:** Ações da CIHDOTT direcionadas para os aspectos relacionais no ambiente intra e extra-hospitalar.
Analisar as ações educativas desenvolvidas pelas CIHDOTTs no ambiente intra e extra-hospitalar;	**Tópico 4.2:** Ações educativas realizadas pelos enfermeiros de CIHDOTT.
Analisar os fatores e as barreiras, que na percepção dos enfermeiros, dificultam a doação de órgãos e tecidos para o transplante;	**Tópico 4.5:** Ações da CIHDOTT direcionadas para os aspectos relacionais no ambiente intra e extra-hospitalar.

Pesquisar os fatores que estimulam a possibilidade de aumentar os indicadores de doação de órgãos e tecidos.	**Tópico 4.5**: Ações da CIHDOTT direcionadas para os aspectos relacionais no ambiente intra e extra-hospitalar.
Analisar os cuidados do enfermeiro ao doador de órgãos e sua família: possibilidade para aumento de doações.	**Tópico 4.3**: Ações de cuidados voltados ao usuário possível doador e a família.

Fonte: Dados da pesquisa, organizados pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira, 2020.

5 DISCUSSÃO DOS DADOS

"Considerando a inconcebível complexidade dos processos, mesmo em uma célula simples, é quase um milagre que o modelo mais simples possível se aplique a uma generalidade de casos."

Ludwig von Bertalanffy

A discussão dos dados desta pesquisa foi realizada por meio de três artigos científicos, utilizando-se parte dos resultados alcançados. O primeiro intitulado: "Barreiras que dificultam a doação de órgãos no sul do brasil: percepção dos enfermeiros; o segundo denominado: "Cuidados do enfermeiro ao doador de órgãos e sua família: possibilidade para aumento de doações" e o terceiro: "Doação de Órgãos e Tecidos: Ações Potencializadoras do Enfermeiro à Luz do Pensamento Ecossistêmico

Os artigos atendem aos objetivos e abordagem conforme Quadro 22.

Quadro 22: Apresentação dos títulos, a abordagem e objetivos dos artigos elaborados para discussão de dados da pesquisa

Titulo	Abordagem	Objetivo Específico Atendido
Barreiras que dificultam a doação de órgãos no sul do brasil: percepção dos enfermeiros.	Método Misto	Analisar as barreiras, que na percepção dos enfermeiros, dificultam a doação de órgãos e tecidos para o transplante
Cuidados do enfermeiro ao doador de órgãos e sua família: possibilidade para aumento de doações	Quantitativa	Analisar os cuidados do enfermeiro ao doador de órgãos e sua família: possibilidade para aumento de doações.
Obtenção De Tecidos E Órgãos: Ações Potencializadoras Do Enfermeiro à Luz Do Pensamento Ecossistêmico	Método Misto	Pesquisar os fatores que estimulam a possibilidade de aumentar os indicadores de doação de órgãos e tecidos;

Fonte: Quadro elaborado pelos autores Tolfo e Siqueira 2020.

O primeiro artigo será submetido à publicação na Revista da Escola de Enfermagem da USP, com indexação A2 no Qualis de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, 2019). O segundo artigo será encaminhado à Revista Latino Americana Brasileira de Enfermagem, com indexação A2 no Qualis de Periódicos da CAPES (2019), e o terceiro artigo será submetido para publicação na Revista Brasileira de Enfermagem - REBEN com indexação A2 no Qualis de Periódicos da CAPES (2019). As produções científicas elaboradas e apresentadas a seguir, foram formatadas de acordo com as normas de publicação definidas pelos periódicos científicos selecionados para a respectiva submissão.

1º Artigo[2]

BARREIRAS QUE DIFICULTAM A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS NO SUL DO BRASIL: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS

BARRIERS THAT DIFFICULT ORGAN DONATION IN SOUTHERN BRAZIL: PERCEPTION OF NURSES

BARRERAS QUE DIFICULTAN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL SUR DE BRASIL: PERCEPCIÓN DE ENFERMERÍAS

Fernando Tolfo

Hedi Crecencia Heckler De Siqueira

RESUMO: **Objetivo**: Analisar as barreiras, que na percepção dos enfermeiros, dificultam a doação de órgãos e tecidos para o transplante. **Metodologia**: Estudo descritivo, exploratório, utilizando-se o Método Misto, do tipo Incorporado, com realização Simultânea, com ênfase na abordagem qualitativa. Dados coletados por meio de questionário tipo *Survey on-line*, com 125 enfermeiros de CIHDOTTs da Região Sul do Brasil que foram analisados quantitativamente utilizando o SPSS, e foram selecionados 23 participantes pelo método aleatório para a análise dos dados qualitativos, analisados pela análise de conteúdo de Bardin. **Resultados**: os resultados evidenciam dificuldades relacionadas com a equipe assistencial, a família, estrutura hospitalar e logística do Sistema de Transplantes. **Conclusão**: Conclui-se que, os enfermeiro representam elementos importantes nas CIHDOTTs em estudo, porém, enfrentam dificuldades e obstáculo e barreiras no desempenhar de suas funções como dificuldades e obstáculos relacionados tanto com a equipe assistencial, como com a família e a estrutura hospitalar, bem como com a logística do Sistema Nacional de Transplantes.
Descritores: Obtenção de Tecidos e Órgãos, Enfermeiras e Enfermeiros, Ecossistema.

ABSTRACT: **Objective:** to analyze the barriers pointed out by nurses who are members of the Intra-Hospital Commission for Donating Organs and Tissues for Transplants in organ donation in the Southern Region of Brazil. **Methodology:** Descriptive, exploratory study, using the Mixed Method, of the embedded type, with Simultaneous realization, with emphasis on the quantitative approach. Data collected through an online survey type questionnaire, with 125 nurses from CIHDOTTs in the Southern Region of Brazil who were quantitatively analyzed using the SPSS, and 23 participants were selected by the random method for the analysis of qualitative data, analyzed by content analysis from Bardin. **Results:** the results show difficulties related to the assistance team, the family, hospital structure and logistics of the Transplant System. **Conclusion:** It is concluded that nurses represent important elements in the CIHDOTTs under study, however, they face

[2] Artigo formatado para ser submetido a Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP).

difficulties and obstacles and barriers in performing their functions as difficulties and obstacles related both to the care team, as well as the family and the hospital structure, as well as with the logistics of the National Transplant System.
Keywords: Tissue and Organ Procurement, Work, Nurses, Ecosystem.

RESUMEN: Objetivo: analizar las barreras señaladas por las enfermeras que son miembros de la Comisión intrahospitalaria para la donación de órganos y tejidos para trasplantes en la donación de órganos en la región sur de Brasil. **Metodología:** Estudio descriptivo, exploratorio, utilizando el Método mixto, del tipo Embebido, con realización simultánea, con énfasis en el enfoque cuantitativo. Datos recopilados a través de un cuestionario tipo encuesta en línea, con 125 enfermeras de CIHDOTT en la Región Sur de Brasil que fueron analizadas cuantitativamente utilizando el SPSS, y 23 participantes fueron seleccionados por el método aleatorio para el análisis de datos cualitativos, analizados por análisis de contenido de Bardin **Resultados:** los resultados muestran dificultades relacionadas con el equipo de asistencia, la familia, la estructura del hospital y la logística del sistema de trasplante. **Conclusión:** Se concluye que las enfermeras representan elementos importantes en los CIHDOTT en estudio, sin embargo, enfrentan dificultades y obstáculos y barreras en el desempeño de sus funciones como dificultades y obstáculos relacionados tanto con el equipo de atención, como con la familia y la estructura hospitalaria, así como con la logística del Sistema Nacional de Trasplantes.
Palabras clave: Obtención de Tejidos y Órganos, Trabajo, Enfermeras y Enfermeros, Ecossistema.

INTRODUÇÃO

A doação de órgãos e tecidos humanos consiste na retirada de órgãos de pacientes falecidos ou não, a fim de serem transplantados em outros seres humanos. Em 1968, foram estabelecidos os critérios para evidenciar a morte encefálica (ME)[1], que é o estado irreversível das funções cerebrais. Os critérios que definem a ME, aferem os reflexos dos nervos cranianos que emergem do tronco cerebral [2.]

O paciente em ME passível de doar seus órgãos, pode proporcionar uma melhor qualidade de vida para muitas pessoas, possibilitando aumentar a sua expectativa e qualidade de vida.[3]. Contudo, a Assembleia Mundial da Saúde[4] alertou sobre a necessidade emergente de um maior número de órgãos e tecidos para atender a demanda de pessoas que aguardam por um transplante no mundo todo. A escassez de órgãos para transplantes é sentida pelos países, independente da disponibilidade dos seus recursos econômicos, humanos ou tecnológicos.

No intuito de atender as insuficiências de órgãos e tecidos cada país, procura desenvolver um sistema próprio de doação e captação de órgãos, cada vez mais efetivo. O Brasil possui um modelo adaptado do espanhol para a obtenção, doação e transplante de órgãos por que este é referenciado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como exemplo a ser seguido[4]. Embora o Brasil, anualmente, estar elevando seus índices de doação de órgãos e tecidos[5], ainda tem um longo caminho a percorrer para atingir níveis de doação semelhantes aos da Espanha.

Apesar do esforço do governo brasileiro, ainda há 29.662 pessoas que esperam por transplantes de órgão ou tecido[5] Nesse sentido, cada unidade federativa do Brasil, trabalha atuando para aumentar a oferta de órgãos e tecidos para transplantes. No Brasil, a Região do Sul do Brasil, constituída pelos Estados do Paraná, Santa Catarina, e Rio Grande do Sul, se destaca pelos altos índices de doadores de órgãos e tecidos por milhão de pessoas (pmp). Os três estados juntos totalizam 35 doadores pmp, o que se assemelha aos países com os maiores índices no mundo em termos de doação de órgãos, e o acima da média nacional que está em 16,6 doadores pmp[5].

Os enfermeiros de CIHDOTT, são mencionados na literatura nacional e internacional como elementos chave em qualquer sistema de doação e transplante de sucesso de órgãos e tecidos[6,7,8,9], ficando evidenciado a importância da participação deste profissional no processo de doação de órgãos[9]. Essa evidência foi corroborada em uma pesquisa realizada na Suécia que registrou que o enfermeiro está presente 24 horas por dia frente ao pacientes levam a atitudes positivas dos enfermeiros no processo de doação[7].Outro estudo, menciona que a atuação do enfermeiro frente à doação de órgãos no Brasil, e no mundo, são influenciados negativamente por fatores como medo, estresse, religião, e falta de conhecimento[8].

Diante dessa realidade, objetiva-se, averiguar os fatores e as barreiras, que na percepção dos enfermeiros, dificultam a doação de órgãos e tecidos na Região Sul do Brasil.

METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem de Métodos Mistos, utilizando-se o projeto do tipo Incorporado, com realização Simultânea, tendo ênfase na abordagem qualitativa. A combinação dos dados se deu por Incorporação dos dados quantitativos com os dados qualitativos, **QUAL(quan)**[10].Para a coleta de dados foi

elaborado um instrumento com 52 questões fechadas com escala tipo *likert* para a coleta de dados quantitativos e 5 questões abertas para os qualitativos.

Os cenários da pesquisa foram os três estados da região sul do Brasil: Estado do Paraná, Santa Catariana e Rio Grande do Sul, com uma população aproximada de 185 enfermeiros membros de CIHDOTT obtidos do seguinte modo, nos Estados do Paraná (4 OPOs, 67 CIHDOTTs, 70 enfermeiros), no Estado de Santa Catarina (Sem OPOs, 45 CIHDOTTs, 47 enfermeiros) e no Rio Grande do Sul (7 OPOs, 63 CIHDOTTs, 66 enfermeiros), no período da coleta.com base nas informações dos estados. Os dados foram coletados no período de junho à agosto de 2019 utilizando um questionário tipo *Survey* enviado *on-line* por meio do *Google Docs*.

Adotou-se a amostragem tipo probabilística, na qual todos os enfermeiros das CIHDOTTs da região sul do Brasil foram convidados para participar da pesquisa. Portanto, a amostra foi composta pelos enfermeiros integrantes da CIHDOTTs da região sul do Brasil que aderiram ao convite e autorizaram a sua participação mediante, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Definiu-se um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5% com base na população estimada de 184 enfermeiros aplicando-se a fórmula para o cálculo amostral[11], obteve-se devolução de uma população 125 enfermeiros de CIHDOTTs da Região Sul do Brasil, preenchendo o cálculo amostral.

Na análise dos dados quantitativos, foi utilizado Software SPSS versão 25 e realizadas os Teste de normalidade de Shapiro-Wilk, o Teste de Qui-quadrado, teste ANOVA de uma via, e o Teste de Kolmogorov-Smirnov. Estabeleceu-se nível de significância de 0,05 para todas as análises efetuadas.

Para a análise qualitativa foram aplicados os critérios de exclusão: incompletude das respostas qualitativas, respostas com uma ou duas palavras simples, (ex.: Sim, Não, Com certeza). Quanto ao critério da incompletude foram excluídos 17 entrevistas e com respostas simples 11 entrevistas, totalizando para a análise 78. Optou-se em limitar em 30% de participantes em cada cenário estudado, uma vez que os questionários devolvidos não foram em número igual nos estado. Assim, foi aplicada a regra de proporção resultando em, sete participantes do Paraná, oito de Santa Catarina e oito do Rio Grande do Sul totalizando 23 participantes para a análise qualitativa. Para a escolha da inclusão dos participantes aplicou-se a amostragem probabilística aleatória, respeitando a proporcionalidade e representatividade de cada estado.

A categoria fatores e barreiras que dificultam a doação de órgãos no sul do Brasil, na percepção dos enfermeiros foi construída a *priori*. Assegurou-se aos participantes o respeito aos preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012 que foram seguidos e respeitados na íntegra. Este estudo teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número do CAAE: 81971918.0.0000.5324, e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde (CEPAS) - FURG nº02/2019.

RESULTADOS

Os resultados referem-se aos dados quantitativos e qualitativos da caracterização funcional dos enfermeiros membros de CIHDOTT da Região Sul do Brasil. Os quantitativos, foram organizados em uma tabela, e os qualitativos analisados com base na análise de conteúdo de Bardin (2011), conforme segue:

Tabela: Caracterização funcional dos enfermeiros membros de CIHDOTT da Região Sul do Brasil. Brasil, 2019 (N=125)

Variáveis	Geral		Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul		p-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Tempo de atuação em CIHDOTT? (Anos)									
Até5[1]	85	68	24	64,9	33	68,8	28	70	0,871
6 a 10[2]	28	22,4	9	24,3	10	20,8	9	22,5	
11 a 16[3]	11	8,8	4	10,8	4	8,3	3	7,5	
17 a 20[4]	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	
> 20[5]	1	0,8	0	0,0	1	2,1	0	0	
Média	1,4		1,5		1,5		1,4		
Desvio Padrão	0,7		0,7		0,8		0,6		
Você tem algum curso de coordenador de transplantes?									
Sim	101	80,8	27	**73**	45	**93,8**	29	**72,5**	0,015
Não	24	19,2	10	27	3	6,3	11	27,5	
Quantos anos de experiência você possui como coordenador? (Anos)									
Nenhum[1]	36	28,8	14	37,8	8	16,7	14	35	0,222
Até 5[2]	63	50,4	17	45,9	27	56,3	19	47,5	
6 a 10[3]	21	16,8	4	10,8	10	20,8	7	17,5	
11 a 16[4]	5	4	2	5,4	3	6,3	0	0	
> 17[5]	0	0	0	0	0	0	0	0	
Média	2		1,8		2,2		1,8		
Desvio Padrão (p)	0,8		0,8		0.8		0,7		
Sua dedicação na CIHDOTT é?									
Exclusiva	22	17,6	14	**37,8**	5	**10,4**	3	**7,5**	0,001
Parcial	103	82,4	23	62,2	43	89,6	37	92,5	

Se trabalha de modo parcial, em qual setor você desempenha suas funções regulares?									
Bloco Cirúrgico	11	8,8	1	2,7	8	16,7	2	5	
UTI*	48	38,4	10	27	13	27,1	25	62,5	
Emergência	10	8	2	5,4	5	10,4	3	7,5	0,046
Unidade Aberta	10	8	2	5,4	5	10,4	3	7,5	
Outros	27	21,6	10	27	12	25	5	12,5	
Há protocolos internos ou manuais para o atendimento ao potencial doador de órgãos em seu hospital?									
Sim	109	87,2	36	97,3	38	79,2	35	87,5	0,046
Não	16	12,8	1	**2,7**	10	**20,8**	5	12,5	
Se sim, em que fase se encontram tais protocolos e manuais?									
Há protocolos prontos	64	51,2	22	59,5	21	43,8	21	52,5	
Estão sendo construídos	25	20	7	18,9	11	22,9	7	17,5	0,869
Há alguns	20	16	7	18,9	6	12,5	7	17,5	
Sim, mas desconheço	0	0	0	0	0	0	0	0	
Quantos doadores de órgãos a CIHDOTT em que você trabalha teve no ano de 2018?									
Nenhum	5	4	1	2,7	1	2,1	3	7,5	
Até 5	61	48,8	18	48,6	19	39,6	24	60	
6 a 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0,054
11 a 16	17	13,6	2	5,4	8	16,7	7	17,5	
> 17	42	33,6	16	43,2	20	41,7	6	15	
A CIHDOTT realiza palestras em escolas ou universidades?									
Sempre	20	16	6	16,2	7	14,6	7	17,5	
Frequentemente	18	14,4	3	8,1	7	14,6	8	20	
Às vezes	32	25,6	8	21,6	13	27,1	11	27,5	0,694
Raramente	32	25,6	13	35,1	13	27,1	6	15	
Nunca	23	18,4	7	18,9	8	16,7	8	20	
Você se sente preparado para fazer uma abordagem familiar e para responder aos questionamentos da família?									
Sempre	56	44,8	22	59,5	18	37,5	16	40	
Frequentemente	38	30,4	5	13,5	19	39,6	14	35	
Às vezes	24	19,2	7	18,9	9	18,8	8	20	0,124
Raramente	5	4	1	2,7	2	4,2	2	5	
Nunca	2	1,6	2	5,4	0	0	0	0	
Você respeita a vontade do potencial doador e de sua família, mesmo você não compartilhando da sua opinião?									
Sempre	77	61,6	28	75,7	33	68,8	16	40	
Frequentemente	37	29,6	7	18,9	13	27,1	17	42,5	
Às vezes	9	7,2	1	2,7	2	4,2	6	15	0,023
Raramente	2	1,6	1	2,7	0	0	1	2,5	
Nunca	0	0	0	0	0	0	0	0	

No hospital onde trabalha, há suportes tecnológicos, farmacológicos, espirituais e/ou psicológicos, e estruturais (sala para entrevista familiar, por exemplo), necessários para a manutenção do potencial doador e amparo familiar?									
Sempre	51	40,8	19	**51,4**	24	**50**	8	20	
Frequentemente	34	27,2	10	27	14	29,2	10	25	
Às vezes	27	21,6	3	8,1	7	14,6	17	**42,5**	0,006
Raramente	11	8,8	4	10,8	2	4,2	5	12,5	
Nunca	2	1,6	1	2,7	1	2,1	0	0	
Você se articula com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos?									
Sempre	80	64	24	64,9	32	66,7	24	60	
Frequentemente	31	24,8	6	16,2	13	27,1	12	30	
Às vezes	10	8	4	10,8	2	4,2	4	10	0,434
Raramente	3	2,4	2	5,4	1	2,1	0	0	
Nunca	1	0,8	1	2,7	0	0	0	0	
Você se inter-relaciona com as respectivas Centrais, OPOs e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos?									
Sempre	84	67,2	26	70,3	32	66,7	26	65	
Frequentemente	28	22,4	9	24,3	11	22,9	8	20	
Às vezes	9	7,2	1	2,7	3	6,3	5	12,5	0,497
Raramente	2	1,6	1	2,7	0	0	1	2,5	
Nunca	2	1,6	0	0	2	4,2	0	0	
Total	***125***	***100***	***37***	***100***	***48***	***100***	***40***	***100***	

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores Tolfo Siqueira

* - Dados com p-valor significativo estatisticamente (p-valor ≤ 0,05)

A seguir realizou-se a análise das questões qualitativas, utilizando a análise de conteúdo de Bardin (2011) e destacando a categoria Barreiras que dificultam o trabalho do enfermeiro membro de CIHDOTT na Região Sul do Brasil, contemplando três subcategorias: Dificuldades relacionadas à Equipe Assistencial, Dificuldades relacionadas à Família e à Sociedade e Dificuldades relacionadas aos aspectos que envolvem o Sistema Nacional de Transplantes e sua logística.

Dificuldades relacionadas a Equipe Assistencial

Para que a doação de órgão ocorra, o usuário precisa ser devidamente identificado, submetido aos vários testes e exames e ser observado, constantemente, para acompanhar a evolução do estado real do provável doador (BRASIL, 2017). É durante esse processo da possível doação, por morte encefálica (ME), que os profissionais enfermeiros encontram os maiores problemas, alguns dos quais relatados nos discursos a seguir:

> Há resistência médica em abrir o protocolo de morte encefálica, principalmente quando o paciente em morte encefálica não tem perfil para doador (P2- Rio Grande do Sul);
>
> [...] dificuldade de comunicação com as equipes médicas. (P2 – Paraná);
>
> Falta de preparo de alguns profissionais médicos para conduzir o diagnóstico e a manutenção. (P1 –Santa Catarina);
>
> Fragilidade na adesão médica em participar das capacitações (P4 – Paraná)
>
> Ainda temos a falta de conhecimento dos profissionais, que não sabem e por conta disso, por vezes, não entendem o processo e seu desenvolvimento (P7 – Santa Catarina).

Os dados mostram que o médico, membro da equipe de saúde, é o profissional referido pelos participantes como uma barreira ainda a ser superada e a necessidade de alguma sustentação normativa brasileira, que venha auxiliar nessa situação da doação de órgãos e tecidos para transplante. Assim, a maior dificuldade em relação ao médico concentra-se na falta de preparo de alguns profissionais médicos para conduzir o diagnóstico, a manutenção, resistência em abrir o protocolo de morte encefálica e dificuldade na própria comunicação.

Além disso, outro fator importante se refere ao profissional médico em relação a protelar a realização dos últimos exames necessários para constatar a morte encefálica, bem como, muitas vezes fragilidade na comunicação e interação entre médicos com a equipe da CIHDOTT. Esses fatores trazem dificuldades, não somente para a equipe da CIHDOTT, mas para o próprio provável doador e sua família, atitudes que não favorecem o aumento da doação de órgãos e tecidos. Em relação a essas dificuldades os enfermeiros afirmaram:

> Sim existe. A logística do médico para fazer o último exame, ficamos amarrados nesse tempo que geralmente acontece o exame apenas na madrugada. E a família quer estar presente quer saber o resultado (P3 – Paraná)
>
> Existem em meu hospital lideranças médicas contrárias às ações da comissão, isso nos traz alguns contratempos (P3 – Santa Catarina)
>
> [...] médico que não se engaja no processo (atua com morosidade (P2- Santa Catarina)

Dificuldades relacionadas à Família e à Sociedade

Ao analisar as dificuldades quanto à família e à sociedade percebeu-se que as dificuldades das famílias se encontram relacionadas a forma em que é acolhida desde a sua entrada no hospital, e durante a sua permanência. A atenção que recebe da equipe de saúde, e demais colaboradores da instituição, bem como a logística desenvolvida,

refletem na decisão familiar de realizar ou não a doação de órgãos, conforme pode ser percebido nas falas a seguir:

> A experiência prévia da família, a forma como ela foi acolhida no serviço. (P7 – Paraná)
>
> Abordagem da família mal feita. (P8- Santa Catarina)
>
> Falta de conhecimento sobre a doação em si. E falta de conhecimento da vontade do familiar em vida (P5 – Paraná)
>
> A maior barreira que dificulta a doação de órgãos e tecidos é o desconhecimento da família em relação ao desejo do potencial doador (P6- Rio Grande do Sul)

Os mitos muitas vezes errôneos acerca da doação de órgãos são vistas pelos enfermeiros como um fator dificultador no processo de trabalho.

> Sim, culturais. Ainda há muito mito a ser quebrado. (P1- Paraná)
>
> Desinformação, as vezes a mídia divulga reportagens que causam dúvidas sobre o processo de diagnóstico de ME. E ao abordarmos o familiar [...], começamos um trabalho, para desmitificar a ME (P3 – Rio Grande do Sul)
>
> Líder religioso sem base teológica (se autopromove com possíveis milagres da vida), médico que não se engaja no processo (atua com morosidade), (P2- Santa Catarina)
> Sim. Crenças (P8- Santa Catarina)

Dificuldades relacionadas aos aspectos que envolvem o Sistema Nacional de Transplantes e sua logística

Há dificuldades, identificadas pelos participantes, no tocante a logística que abarca todo o processo de doação de órgãos e tecidos:

> Falta de apoio institucional (desmotiva a educação permanente). (P2 – Santa Catarina)
>
> Por sermos do interior do estado, acredito que o tempo de espera por conta de toda a logística é um fator que dificulta o aceite familiar (P7-Rio Grande do Sul)

Os participantes também expressaram dificuldades ao referir-se ao tempo relacionando a demora pela Central de Transplantes em captar os órgãos.

> Acredito que a questão do tempo é uma das barreiras que mais indisponibilizam a doação de órgãos (P1 – Rio Grande do Sul)
>
> A demora para a entrega do corpo também é uma dificuldade [...]. (P3- Paraná)
>
> Existem inúmeras barreiras que dificultam a doação de órgãos entre as quais a demora para ocorrer a captação pelas equipes médicas. (P5 – Rio Grande do Sul)

DISCUSSÃO

A atuação do enfermeiro no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante consiste em atuar e se articular com os mais diversos setores, serviços e equipes presentes na realidade em que se encontra. Os dados de um estudo qualitativo brasileiro realizado no ano de 2016 com 12 enfermeiros de CIHDOTT em cinco hospitais[7] corrobora com os achados da presente pesquisa ao evidenciar uma variedade de sentimentos são enfrentadas pelos enfermeiros de CIHDOTT. Outro estudo de revisão integrativa, apoia o exposto afirmando que estes sentimentos e crenças são alguns dos motivos que mais dificultam os enfermeiros quando confrontados com o processo de doação de órgãos[12]. Isto pode estar relacionado, aos dados conforme os dados Tabela cujos resultados, (N=85, 68%) desses enfermeiros estão no máximo cinco anos como membros de CIHDOTT, causando diversos sentimentos e atitudes que podem dificultar a abordagem da família no momento da entrevista familiar, acerca da possibilidade de doação de órgãos.

Alguns fatores relacionados ao Sistema Nacional de Transplantes, entre os quais estão estrutura física, recursos humanos insuficientes para atender aos pacientes, intercorrências e cuidados prestados, bem como os respectivos registros e evoluções[13]. Estes fatores são vistos como fatores limitantes no trabalho do enfermeiro nas CIHDOTT, e foram revelados nos depoimentos dos participantes, e reforçados pelos dados quantitativos quando (N=51, 40.8%) dos enfermeiros possuem sempre disponibilidade os recursos físicos para o atendimento aos potenciais doadores. Sendo o Rio Grande do Sul (N=8, 20%) o Estado com menor disponibilidade desses recursos de modo constante.

Outros fatores relatados na literatura que contribuem para a dificuldades apresentadas, estão relacionados ao baixo conhecimento no diagnóstico de ME, na manutenção do potencial doador, na entrevista familiar e nos registros e documentos relativos à ME [13, 14.Uma] pesquisa realizada no Brasil, aponta que o desconhecimento não acontece somente na sociedade em geral, mas também, há desconhecimento pelos profissionais de saúde[9]. Uma pesquisa realizada no Brasil com 253 participantes entre médicos e enfermeiros verificou que a maior parte dos médicos entrevistados relataram que nunca abriram um protocolo de morte encefálica[15]. Nesse sentido a literatura reafirma a necessidade constante de preparar e capacitar as equipe para os processos que a identificação, manutenção, doação, captação e transplante de doação de órgãos

exige[13,14,16]. Pois, acredita-se que a oferta de uma melhor assistência acarrete consequentemente na qualidade do processo de doação de órgãos, contribuindo para o aumento de doações de órgãos e tecidos[16].

Evidencia-se nesse estudo, pelas falas dos enfermeiros que há dificuldades quanto ao desconhecimento do processo de doação por parte dos profissionais e da sociedade em geral. E, conforme Tabela, apesar de (N=101, 80,8%) dos enfermeiros das CIHDOTTs possuírem curso de coordenador de transplantes, a maior parte destes enfermeiros, apenas (N=63, 50,4%) tem experiência de coordenação de transplantes no espaço de tempo compreendido de até cinco anos, o que pode ser um fator que interfere na qualidade da assistência prestada ao doador e sua família.

Para que uma melhor assistência seja disponibilizada ao processo de doação é necessário que haja interação, e cooperação entre os envolvidos. Nesse sentido, quando há interação, os participantes aprendem por esta mediação[3], ou seja, há aprendizado na inter-relação entre CIHDOTT/Equipe assistencial, ou vice versa. Desse modo, a interação e cooperação entre os enfermeiros membros de CIHDOTTs e equipes assistências, podem amenizar, ou até mesmo, sanar o fator dificultador do "desconhecimento" apresentado pela equipe que surgiu nesse estudo como uma barreira.

Estudos recentes tem observado durante a execução do protocolo de morte encefálica, o pouco comprometimento e descaso na manutenção do possível doador[16,17]. Além, disso, os enfermeiros de CIHDOTT lidam com a falta de registros adequados, escassez de protocolos assistenciais que orientem a notificação do possível doador[17]. Estes dados são realçados nessa pesquisa onde a maior parcela dos enfermeiros relata fragilidade de comunicação entre as equipes intra hospitalares e instituições extra-hospitalares, como pode ser visualizado na tabela 1, no Estado do Paraná, por exemplo, (N=1, 2.7%), no qual que afirma não se articular com as equipes assistências, e no Estado de Santa Catarina (N=2, 4,2%) não se comunicar com as instituições extra-hospitalares como Centrais de Transplantes, IML entre outros.

Dentre os profissionais que compõem a equipe assistencial, o profissional médico foi identificado como o mais problemático, e é descrito nesse estudo, como um importante obstáculo no processo de doação e manutenção dos potenciais doadores. Estudo realizado na Austrália, estudou a comunicação aos membros da equipe de doação e transplante sobre a abertura e andamentos dos processos de doações, e concluiu que há existência de lacunas de comunicação em todos os níveis do processo de doação[18].Tal atitude pode, estar associada a não aceitação da ME, por estes profissionais[16]. Revela-se, também, que a

atuação médica relativa ao momento da morte, e a sua complexidade de elementos não foram apreendidas de modo temporal e linear[19].

O processo de morte e morrer, quando ocorre dentro do ambiente hospitalar, pode apresentar relações fragilizadas entre os envolvidos sejam estes os membros das equipes assistências e/ou familiares, o que pode dificultar os processos de assistência aos pacientes em morte encefálicas profissionais de saúde que cuidam de enfermos nesse momento[20].

Outra possibilidade para a não aderência da equipe assistencial no processo de doação, é que os profissionais podem se sentirem responsáveis pela manutenção da vida desses indivíduos, enfrentando a morte como uma derrota profissional. Apoiando-se nessa alusão, descreve-se a tênue definição entre a vida e a morte que tangencia toda a atuação do profissional médico, tendo implicações diretas no cuidado ao paciente/potencial doador e aos familiares[19]. Um estudo brasileiro apontou a necessidade da inserção de disciplina na grade curricular dos cursos de graduação[14], na tentativa de atenuar tal atitude.

Nesse contexto, percebe-se que o mundo profissionalizado é baseado na urgência, não disponibilizando tempo de escuta, fazendo com que as relações humanas tornam-se cada vez mais artificiais e superficiais[21]. Ainda para os autores potencializar a comunicação efetiva, pode facilitar e mobilizar as equipes para que os elementos envolvidos pensem e busquem estratégias e ações em conjunto, gerando relações saudáveis, sendo a comunicação um fator importante no sistema/ambiente em que estão inseridos[21]. Pode perceber neste estudo que a dificuldade no processo de comunicação pode estar relacionado aos enfermeiros de CIHDOTT atuarem em outros setores do hospital onde as falas, e como mostra a tabela, (N=103, 82,4%) dos participantes declararam que trabalham de modo parcial nas CIHDOTTs, não podendo dedicar-se integralmente a CIHDOTT e ao processo de doação que demandam muito tempo para sua consumação.

Os enfermeiros informaram que também outro obstáculo enfrentado é a família. Do mesmo modo, como ocorre na equipe assistencial, o desconhecimento por parte da família manifesta-se como um grande desafio para os enfermeiros de CIHDOTT sendo referenciado nos resultados desse estudo. Os familiares do potencial doador, estão muitas vezes, imersos no processo de doação de órgãos[16]sendo cruciais para seu desfecho. Considera-se que a doação de órgãos dentro e fora do ambiente hospitalar precisa ser avaliada sob o prisma da confiabilidade das suas ações a partir da percepção da sociedade

em geral[14,17,22]. Mesmo reconhecendo que há falta de informação e conhecimento das famílias, somente (N=20, 16%) dos participantes declararam que fazem palestras nas escolas, universidades.

Estudo feito no Brasil, assinala que o principal entrave encontrado estava relacionado à interação profissional-familiar durante o primeiro contato, onde os familiares, demonstravam insatisfação associadas à assistência da equipe na admissão ao hospital, no decorrer da internação do ente querido, bem como na aceitação do diagnóstico de ME[9].Esta dificuldade com a família pode estar associada a suas crenças e mitos advindos da cultura e de informações equivocadas de líderes religiosos[17,22].Nesse sentido diversos estudos apontam para a organização de campanhas no intuito para informar e diminuir o efeito das crenças na recusa da doação e suavizar os preconceitos relacionados à religião, à falta de conhecimento e esclarecimento da equipe ao familiar sobre a constatação do óbito[14,17,22]. Nesse estudo as crenças familiares foram também apresentadas como um barreira importante.

Nesse contexto, a comunicação realizada pelos profissionais enfermeiros, com a família, é compreendida como um processo de troca de mensagens entre duas ou mais pessoas ou entre dois ou mais sistemas, sendo as informações perpassadas pela mídia e pelos fluxos comunicativos e vice-e-versa. A comunicação é tida como uma oportunidade para os enfermeiros informar, explicar, sanar dúvidas sobre o processo e desmistificar a doação de órgãos ao relacionar-se com as famílias. Estudo, aponta que a incerteza dos familiares pode ser minimizada quando há uma orientação prévia sobre o quadro clínico do seu ente querido, informações e condutas tomadas pela equipe em relação ao potencial doador[17].Outros estudos mostram que a família está mais disposta a negar a doação, devido ao desconhecimento prévio da intenção do potencial doador em ser um doador[23].Nessa pesquisa, observou-se que apenas (N=77, 61,6%) informarem que "sempre" respeitam a vontade da família quanto a decisão de não doação de órgãos. Ainda, uma parcela (N=16, 40%) afirmou que aceitam sempre a decisão familiar tomada. O envolvimento pessoal do enfermeiro pode muitas vezes confundi-lo em sua atribuição de entrevistador para solicitação da doação de órgãos. Este é o cenário de conflito que o enfermeiro vivencia, sendo um dos momentos mais difíceis e estressantes, pois se vê diante da necessidade de respeitar a dor familiar e também solicitar a doação de órgãos[24].

A estrutura hospitalar, onde os processos que envolvem diagnóstico, doação e captação de órgãos ocorrem, bem como a central de transplantes responsável pela articulação entre as CIHDOTT/equipes captadoras, e equipes captadoras/equipes

transplantadoras, é tido como um fator que dificulta a atuação do enfermeiro[22]. Indicando que a logística do Sistema Nacional de Transplantes, precisa ser revista, pois, os esforços recentes não têm surtido efeito para mitigar a perda da qualidade dos órgãos coletados[22]. Assim, um dos grandes problemas relatados pelos enfermeiros, parece concentrar-se no ambiente hospitalar, e as evidências demonstram que muitos sãos os fatores que contribuem para o baixo índice de obtenção de órgãos. A literatura enfatiza que as condições inadequadas de estrutura para assistência ao potencial doador, recursos físicos e materiais insuficientes, acondicionamento dos órgãos para transporte, mais leitos de UTI, e tecnologia para a manutenção dos órgãos dos pacientes e ME, são tidos como fatores e barreiras que dificultam a doação de órgãos[13,17,22].Ainda há enfermeiros em CIHDOTT no sul do Brasil (N=2, 1,6%) que relataram não terem acesso no hospital onde atua, aos suportes tecnológicos, farmacológicos, espirituais e/ou psicológicos, sala para entrevista familiar, utilizados para a manutenção do potencial doador e amparo familiar.

A questão do tempo foi relatada nas falas dos participantes como uma importante barreira. Denota-se, portanto, a urgência em melhorias no serviço, em prol de aumentar o número de doação de órgãos e tecidos para transplante. Ainda nessa conjuntura a efetividade da doação de órgãos e tecidos está relacionada também à agilidade e precisão com que o processo de doação é conduzido[13]. Este dado aliado aos demais já citados podem corroborar com as taxas de obtenção de órgãos dos Estados estudados onde (N=5, 4%) dos entrevistados informaram não ter nenhum caso de doação de órgãos no ano de 2018.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, o enfermeiro membro de CIHDOTT tem fundamental importância no processo de doação de órgãos, porém, enfrenta, no desempenhar de suas funções, dificuldades e obstáculos relacionados tanto com a equipe assistencial, como com a família e a estrutura hospitalar, bem como com a logística do Sistema Nacional de Transplantes.

Conclui-se também que o enfermeiro atua significativamente no processo de doação de órgãos minimizando as dificuldades encontradas. Contudo, uma qualificação da abordagem familiar deve ser constante, e estratégias como incentivo econômico e dedicação exclusiva à CIHDOTT, são mostradas como alternativas a situação atual.

REFERÊNCIAS

1 - EUA, Estados Unidos da América. Uniform Determination of Death Act. NATIONAL CONFERENCE OF COMMISSIONERS ON UNIFORM STATE LAWS, HAWAII JULY 26 – AUGUST 1, 1980. With prefatory note approved by the American Medical Association October 19, 1980, p. 03.

2 -WESTPHAL, G. A, GARCIA, V. D., SOUZA R. L. D, FRANKE, C. A, VIEIRA, K. D, BIERCKHOLZ,V.R.Z & WANZUITA, R (2016). Guindelines for theassessment and acceptance of potential BR ain-de ad organ donors, Revista Brasileira deTerapia Intensiva, 2893), 220-255.

3 -Pimentel, M. (2018). Princípios do desenho didático da educação online. Revista Docência e Cibercultura, 2(3), 33-53.

4 - OMS. Organização Mundial da Saúde. Trasplante de órganos y tejidos humanos. 63.ª Asamblea Mundial de La Salud. WHA 63.22 Punto 11.21 delordendeldía 21 de mayo de 2010

5 -ABTO. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado de (Jan a Jun de 2019) Registro Brasileiro de Transplante, v.25, n.2, 2019.

6 - HU, D., HUANG, H. Knowledge, Attitudes, and Willingness Toward Organ Donation among Health Professionals in China(2015) Transplantation, 99 (7), pp. 1379-1385. Cited 8 times.

7 -FORSBERG, A., LENNERLING, A., FRIDH, I., RIZELL, M., LOVÉN, C., & FLODÉN, A. (2015). Attitudes towards organ donor advocacy among Swedish intensive care nurses. Nursing in critical care, 20(3), 126-133.

8 - TOLFO, F., CAMPONOGARA, S., MONTESINOS, M. J. L., BECK, C. L. C., de LIMA, S. B. S., & DIAS, G. L. (2018). A atuação do enfermeiro em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos. *Revista Enfermagem UERJ*, *26*, 27385.

9 - GOMES, C. N. D. S., ARAUJO, D. M. M. D., OLIVEIRA, H. M. B. D. S., & SAMPAIO, N. M. D. F. (2018). Perspectiva da enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos: relato de experiência. Rev. Enferm. UFPI, 7(1), 71-74.

10 -CRESWELL JW, CLARCK VP. Pesquisa de Métodos Mistos. Tradução Magda França Lopes, revisão técnica, Dirceu Silva, 2 ed. Porto Alegre; Penso: 2013.

11 - GIL, Antonio Carlos. Amostragem na pesquisa social. Gil AC, organizador. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas, p. 90-109, 2010.

12 - BASÍLIO, Renata Júlia Moreira; PEREIRA, Me Mayara Cândida; RODRIGUES, Esp Jéssica Leite. Atuação do enfermeiro na doação e transplantes de órgãos e tecidos. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, v. 2, n. 5, p. 348-359, 2019.

13 - FREIRE, I. L. S., ALMEIDA Quithé, Q. L. D., Melo, G. D. S. M., de Vasconcelos Torres, G., de Araújo, E. C., & de Miranda, F. A. N. (2014). Facilitadores e barreiras na efetividade da doação de órgãos e tecidos. Texto & Contexto Enfermagem, 23(4), 925-934.

14 - CARVALHO, Felipe Cotrim; JÁCOME, Marília de Queiroz Dias. COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA: ATUAÇÃO DOS CEP E SUA COMUNICAÇÃO COM A COMUNIDADE ACADÊMICA. Programa de Iniciação Científica-PIC/UniCEUB-Relatórios de Pesquisa, n. 2, 2018.

15 – BEZERRA, D. S., CAVALCANTI, T. R. F., NOGUEIRA, W. B. D. A. G., BONZI, A. R. B., & MORAIS, A. F. (2018). Entendimento apresentado por médicos e enfermeiros sobre o transplante de órgãos. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, 16(3), 25-32.

16 - BASSO, L. D., SALBEGO, C., GOMES, I. E. M., RAMOS, T. K., ANTUNES, A. P., & ALMEIDA, P. P. (2019). Dificuldades enfrentadas e condutas evidenciadas na atuação do enfermeiro frente à doação de órgãos: revisão integrativa. Cienc Cuid Saude, 18(1), e42020.proceso de donación y captación.. Revista de Enfermagem da UFPI, 8(1), 23-29.

17 - AMARAL, A. P. S., SILVA, J. M., SANTANAa, L. P., VIEIRA, S. N. S., & ANJOS, T. D. S. N. (2018). Desafios encontrados no processo de doação de órgãos: relato de experiência. Lecturas: Educación Física y Deportes, 23(244), 86-97.

18 – HOLLOWAY, J. A., RANSE, K., BAIL, K., JAMIESON, M., VAN HAREN, F. (2019). Practice and Attitudes of Donor Coordinator Roles Regarding Physical Examination of Potential Organ and Tissue Donors in Australia. Transplantation Direct, 5(8).

19 - AREDES, J. D. S., FIRMO, J. O. A., GIACOMIN, K. C. (2018). A morte que salva vidas: complexidades do cuidado médico ao paciente com suspeita de morte encefálica. Cadernos de Saúde Pública, 34, e00061718.

20 - VASQUES, T. C. S., LUNARDI, V. L., SILVA, P. A. D., AVILA, L. I., SILVEIRA, R. S. D., CARVALHO, K. K. D. (2019). Equipe de enfermagem e complexidades do cuidado no processo de morte-morrer. Trabalho, Educação e Saúde, 17(3).

21 - SCAVACINI, T. G. L., MACHADO, A. R., TEODORO, D., BORGES, L. R., & FARIA, T. L. (2019). Qualidade das relações humanas no ambiente de trabalho. Sínteses: Revista Eletrônica do SimTec, (7), e019126-e019126.

22 - PAULI, J. (2019). Doação organizacional em face ao mercado de órgãos: uma análise do modelo brasileiro de transplantação. Nova Economia, 29(1), 339-363.

23 - ROSSATO, G. C., GIRARDON-PERLINI, N. M. O., BEGNINI, D., BEUTER, M., CAMPONOGARA S., FLORES, C. L. (2017). Doar ou não doar: a visão de familiares frente à doação de órgãos. REME rev. min. enferm, 21.

24 - FELIX, P. M. L., MARIA, T. A., VEIGA, E. O. B., BORGES, F. V., REIS, C. (2018). A responsabilidade do enfermeiro no processo de captação de órgãos. *LINKSCIENCEPLACE-Interdisciplinary Scientific Journal*, *5*(4).

2ª Artigo[3]

CUIDADOS DO ENFERMEIRO AO DOADOR DE ÓRGÃOS E SUA FAMILIA: POSSIBILIDADES PARA AUMENTO DE DOAÇÕES

Fernando Tolfo
Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

RESUMO: **Objetivo:** Analisar os cuidados do enfermeiro ao doador de órgãos e sua família: possibilidade para aumento de doações. **Método**: Pesquisa transversal, de caráter exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, com base em um recorte de estudo misto maior, resultante da Tese: Trabalho do enfermeiro na comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante na região sul do brasil à luz do pensamento ecossistêmico. Os dados foram obtidos por meio de entrevista estruturada com 53 questões fechadas do tipo *Survey* enviados *on-line* por meio do *Google Docs*, com participação de 125 enfermeiros membros de Comisão Intra-hospitalar de Doação de Òrgãos e Tecidos para Transplantes da região sul do Brasil. **Resultados**: Alguns dados, ao serem comparados nos três cenários em estudo, evidenciaram significância estatística no que se refere às ações prestadas pelo enfermeiros ao usuário, possível doador e à família. **Conclui-se** que as ações de cuidados do enfermeiro dessas comissões ao possível doador e à família, possuem relações com o aumento das doações especialmente os queenvolvem aspectos éticos, participação do enfermeiro em tempo integral no processo de doação, auxílio na decisão do familiar acerca da doação, livrando-o do sentimento de culpa a *posteriori*, entre outros.
Descritores: Obtenção de Tecidos e Órgãos, Enfermeiras e Enfermeiros
Keywords: Tissue and Organ Procurement, Nurses**.**
Palabras clave: Obtención de Tejidos y Órganos, Enfermeras y Enfermeros.

INTRODUÇÃO

A captação de órgãos e tecidos para fins de transplante é uma preocupação mundial, pois o transplante, além de proporcionar maior qualidade de vida aos receptores, tem-se mostrado uma alternativa viável e econômica para os sistemas de saúde. Contudo, a oferta de órgãos e tecidos não acompanha a demanda e, observa-se que as taxas de obtenção de órgãos e tecidos para transplante, proveniente de pacientes em morte encefálica (ME), é díspar entre os países do mundo[1].

[3] Artigo formatado para ser submetido a Revista Latino-americana de enfermagem.

A definição de Morte Encefálica (ME) foi apresentada ao mundo em 1968, após discutida pelo Consenso de Harvard nesse mesmo ano, como a completa e irreversível parada das atividades do encéfalo, que ocorre por grave agressão ao tecido cerebral, ocasionado pelo insuficiente suprimento de sangue no tecido cerebral, devido à oclusão na rede vascular[2].

A Espanha, com 46,9 doadores por milhão de pessoas (pmp), lidera o *ranking* de países com as maiores taxas de obtenção de órgãos e tecidos para transplantes, considerado pela Organização Mundial da Saúde(OMS) como um modelo a ser adotado pelos demais países[3].Dentre os países que adotam este modelo está o Brasil. Ressalta-se que a filosofia do modelo espanhol parte do pressuposto que os problemas de doação não são a falta de doadores adequados, mas sim, a dificuldade de encontrá-los e obter o seu consentimento para doação por meio das famílias. O método espanhol dispõe-se a sensibilizar a sociedade sobre a doação de órgãos e aperfeiçoar as habilidades dos responsáveis pelo processo de doação[3].

Nesse contexto, encontrar os potenciais doadores exige das equipes assistenciais e das CIHDOTTs, nas quais se inserem os enfermeiros, um corpo de conhecimentos que lhes permite identifica-los em tempo hábil. Estudos realizados na Turquia[4], na China[5], e na França[6] referem que os enfermeiros, em sua maioria, reconhecem os critérios para constatar a morte encefálica como válidos para seu diagnóstico.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) do Brasil estabelece que ao enfermeiro membro de CIHDOTT compete: planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados aos doadores, por meio dos protocolos preconizados pelo programa nacional de transplantes. Assim, o enfermeiro é responsável pelos cuidados a usuários possíveis e potenciais doadores de órgãos, incumbindo-lhe a sistematização da assistência de enfermagem[7].Portanto, os elementos como proximidade do usuário e familiar, habilidades de comunicação, conforto ao usuário e familiar, são citados como fatores positivos que tornam o enfermeiro um profissional imprescindível no processo de doação de órgãos, em qualquer país[8].

Nessa conjuntura, pode-se afirmar que o enfermeiro membro de CIHDOTT é um elemento fundamental no processo de doação e transplante de órgãos. É um profissional que, para desempenhar sua função, apodera-se e inter-relaciona-se com os mais variados elementos, informações e subsídios existentes no ambiente hospitalar. Ele busca desenvolver, a partir dessas relações, as atividades de coordenação/gestão, educação e pesquisa, além de proporcionar assistência direta e indireta ao potencial doador durante

todas das etapas do processo de doação e transplante[8]. Desse modo os cuidados do enfermeiro, fundamentados no conhecimento, possibilitam, a boa comunicação, a relação interpessoal, as atitudes positivas com o possível doador e família, promovem relações de confiança, sendo considerados fatores facilitadores no processo de doação[9].

Assim sendo, o enfermeiro exerce função importante frente aos aspectos construídos socialmente ao que tange o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Caracteriza-se como partícipe da equipe assistencial e é apresentado como cidadão e profissional que está numa posição singular frente às demandas do possível doador e família[4,5,6]. Essas ações profissionais do enfermeiro, inerentes ao cuidado, são capazes de incorporar, congregar e interligar as mais amplas necessidades sociais, ambientais, biológicas psicológicas, espirituais, pessoais e coletivas nas vidas do possível doador e família, especialmente no momento difícil da decisão pela doação. Entretanto, o conhecimento profissional, as atitudes do enfermeiro, de compreensão, zelo, dedicação, expressas pelo seu modo de pensar, falar e agir, diante ao sofrimento do outro, frente à doação de órgãos e tecidos para transplante, pode desencadear possibilidades de reconhecimento de seu gesto e assim decidir pela doação, beneficiando a saúde e bem estar a quem precisa.

Nesse contexto, objetiva-se analisar as ações de cuidados dos enfermeiros das CIHDOTTs ao possível doador e à família e suas relações com as possibilidades de aumentar as doações de órgãos e tecidos.

METODOLOGIA

Pesquisa transversal, de caráter descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, construída a partir de um recorte de um estudo misto maior elaborado a partir do trabalho de Tese intitulada: Trabalho do enfermeiro na comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante à luz do pensamento ecossistêmico.

Os dados foram obtidos por meio de um instrumento estruturado, com 52 questões fechadas do tipo escala *Likert* de cinco pontos: Sempre. Frequentemente, às vezes, raramente e nunca. Enviado via *online*, por meio do *Google Docs*, à presumível amostra de 185 enfermeiros membros de CIHDOTTs, da região sul do Brasil, conforme informações institucionais a 185 enfermeiros membros, no período de junho a agosto de 2019. O *Google Docs*, é o resultado da combinação entre o *Google Spreadsheets e*

Writely, onde mantém um espaço protegido e vinculado a uma conta *Google*, obtendo o retorno de 125 que aderiram ao convite e autorizaram a sua inserção mediante aceitação on-line, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O presente artigo teve por base os dados referentes a 12 questões fechadas conforme CIHDOTTs (Tabela 1) do instrumento de pesquisa, relativas às ações de cuidados do enfermeiro de CIHDOTTs ao potencial doador e sua família e suas relações com as possibilidades de aumentar as doações de órgãos e tecidos. Neste estudo adotou-se a amostragem tipo probabilística[10], na qual todos os enfermeiros, das CIHDOTTs da região sul do Brasil foram convidados para participar da pesquisa.

Definiu-se de 95% e erro amostral de 5% com base na população de 185 enfermeiros, e após aplicação da fórmula para o cálculo amostral[10], obteve-se uma amostra de 125 enfermeiros de CIHDOTTs da Região Sul do Brasil, que foram analisados estatisticamente utilizando o SPSS v.25.

Para análise do perfil sociodemográfico e funcional dos 125 enfermeiros participantes do estudo quantitativo inicialmente foi realizada a estatística descritiva, seguida da análise dos dados entre os três estados da região sul do Brasil. Para as variáveis categóricas foi utilizado o Teste de Qui-quadrado. Já para verificar as associações de variáveis continuas paramétricas foi utilizado a ANOVA de uma via e para as contínuas não-paramétricas foi utilizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov. O nível de significância para todas as análises foi de 0,05 e para a análise foi utilizado o Software SPSS versão25.

Os preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 foram seguidos e respeitados durante todo o processo da pesquisa. O estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob número do CAAE: 81971918.0.0000.5324, e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde (CEPAS) - FURG sob o nº 02/2019.

RESULTADOS

A tabela a seguir, possibilita visualizar as ações de cuidados do enfermeiro da CIHDOTT ao usuário, possível doador e sua família da região sul do Brasil.

Tabela: Ações de cuidados do enfermeiro da CIHDOTT ao usuário, possível doador e sua família da Região Sul do Brasil. Brasil, 2019.

Variáveis	Geral		Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul		p-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
1.Você questiona ao perceber que uma ação de cuidado está sendo realizada de forma inadequada por enfermeiro ou médico ao paciente em morte encefálica?									
Sempre	74	59,2	21	56,8	33	68,8	20	50	
Frequentemente	33	26,4	8	21,6	12	25,0	13	32,5	
Às vezes	12	9,6	5	13,5	2	4,2	5	12,5	0,455
Raramente	5	4	2	5,4	1	2,1	2	5	
Nunca	1	0,8	1	2,7	0	0,0	0	0	
2. Você promove e organiza o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição?									
Sempre	81	64,8	26	70,3	36	75,0	19	47,5	
Frequentemente	33	26,4	7	18,9	11	22,9	15	37,5	
Às vezes	7	5,6	2	5,4	1	2,1	4	10	0,101
Raramente	4	3,2	2	5,4	0	0,0	2	5	
Nunca	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	
3. Você defende um doador potencial contra qualquer forma de tratamento antiético?									
Sempre	103	82,4	32	86,5	45	93,8	26	65	
Frequentemente	15	12	3	8,1	2	4,2	10	25	
Às vezes	2	1,6	1	2,7	0	0,0	1	2,5	0,013*
Raramente	2	1,6	1	2,7	1	2,1	0	0	
Nunca	3	2,4	0	0	0	0,0	3	7,5	
4. Você fica em contato telefônico com a família de modo constante para eventuais informações?									
Sempre	67	53,6	18	48,6	30	62,5	19	47,5	
Frequentemente	37	29,6	15	40,5	11	22,9	11	27,5	
Às vezes	11	8,8	1	2,7	4	8,3	6	15	0,333
Raramente	7	5,6	2	5,4	3	6,3	2	5	
Nunca	3	2,4	1	2,7	0	0,0	2	5	
5. Certifica-se após orientações, se a família compreendeu as medidas médicas tomadas após a parada cardíaca e os trâmites a serem observados na entrega do corpo à família, após a doação de órgãos e tecidos?									
Sempre	98	78,4	28	75,7	41	85,4	29	72,5	
Frequentemente	21	16,8	7	18,9	6	12,5	8	20	
Às vezes	4	3,2	1	2,7	1	2,1	2	5	0,776
Raramente	2	1,6	1	2,7	0	0,0	1	2,5	
Nunca	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	
6. Ao participar do processo de doação, você se faz presente durante todo o tempo do processo?									
Sempre	70	56	20	54,1	34	70,8	16	40	
Frequentemente	39	31,2	13	35,1	11	22,9	15	37,5	
Às vezes	13	10,4	2	5,4	3	6,3	8	20	0,024*
Raramente	2	1,6	2	5,4	0	0,0	0	0	
Nunca	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	2,5	
7. A CIHDOTT acompanha todos os usuários neurocríticos e realiza a busca ativa de um provável doador?									
Sempre	78	62,4	25	67,6	34	70,8	19	47,5	0,022*

Frequentemente	31	24,8	7	18,9	14	29,2	10	25	
Às vezes	7	5,6	2	5,4	0	0	5	12,5	
Raramente	7	5,6	3	8,1	0	0	4	10	
Nunca	2	1,6	0	0	0	0	2	5	
8. Você ao realizar a entrevista com os familiares segue uma metodologia específica e centra-se na possibilidade da aceitação da doação?									
Sempre	61	48,8	20	54,1	27	56,3	14	35	
Frequentemente	36	28,8	6	16,2	15	31,3	15	37,5	
Às vezes	16	12,8	5	13,5	2	4,2	9	22,5	0,052
Raramente	8	6,4	3	8,1	3	6,3	2	5	
Nunca	4	3,2	3	8,1	1	2,1	0	0	
9. Você respeita a vontade do potencial doador e de sua família, mesmo você não compartilhando da sua opinião?									
Sempre	77	61,6	28	75,7	33	68,8	16	40	
Frequentemente	37	29,6	7	18,9	13	27,1	17	42,5	
Às vezes	9	7,2	1	2,7	2	4,2	6	15	0,023*
Raramente	2	1,6	1	2,7	0	0	1	2,5	
Nunca	0	0	0	0	0	0	0	0	
10. Você procura auxiliar os familiares a chegar a uma decisão em relação a doação de órgãos e que possam continuar a viver sem medo ou culpa pela decisão tomada?									
Sempre	110	88	32	86,5	42	87,5	36	90	
Frequentemente	11	8,8	4	10,8	6	12,5	1	2,5	
Às vezes	2	1,6	0	0,0	0	0	2	5	0,175
Raramente	1	0,8	1	2,7	0	0	0	0	
Nunca	1	0,8	0	0,0	0	0	1	2,5	
11. Ao entrevistar um familiar para solicitar a doação de órgãos você acha que pode causar mais dor e sofrimento à família?									
Nunca	60	48	21	56,8	26	54,2	13	32,5	
Raramente	25	20	6	16,2	8	16,7	11	27,5	
Às vezes	22	17,6	6	16,2	6	12,5	10	25	0,504
Frequentemente	12	9,6	3	8,1	5	10,4	4	10	
Sempre	6	4,8	1	2,7	3	6,3	2	5	
12. Há recursos suficientes para a realização da entrevista, como sala reservada, apoio psicológico ou amparo social no seu hospital?									
Sempre	52	41,6	19	51,4	22	45,8	11	27,5	
Frequentemente	35	28	10	27,0	16	33,3	9	22,5	
Às vezes	25	20	4	10,8	8	16,7	13	32,5	0,058
Raramente	11	8,8	4	10,8	2	4,2	5	12,5	
Nunca	2	1,6	0	0,0	0	0,0	2	5	
TOTAL	**125**	**100**	**37**	**100**	**48**	**100**	**40**	**100**	

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores Tolfo e Siqueira (2020).
*p-valor significativo (p≤0,05)

O quadro a seguir apresenta as variáveis relativas as ações de cuidado ao possível doador e sua família que apresentaram significância estatística e entre os espaços em estudo.

Quadro: Quadro comparativo entre as variáveis das ações de cuidado ao possível doador e sua família dos três cenários que apresentaram (p<0,05) nos testes de normalidade.

AÇÕES DE CUIDADO AO POSSIVEL DOADOR E SUA FAMILIA				
Variáveis	Paraná X Santa Catarina	Paraná X Rio Grande do Sul	Santa Catarina X Rio Grande do Sul	p-valor
1. Você defende um doador potencial contra qualquer forma de tratamento antiético?	0,571	0,082	0,005*	0,013*
2. Ao participar do processo de doação, você se faz presente durante todo o tempo do processo?	0,199	0,132	0,021*	0,024*
3.A CIHDOTT acompanha todos os usuários neurocríticos e realiza a busca ativa de um provável doador?	0,06	0,323	0,004*	0,022*
4. Você respeita a vontade do potencial doador e de sua família, mesmo você não compartilhando da sua opinião?	0,541	0,012*	0,032*	0,023*

Fonte: Dados da pesquisa, organizados pelos autores Tolfo e Siqueira (2020)
*p-valor significativo (p≤0,05)

DISCUSSÃO

Após organizar os resultados foi possível construir três unidades de discussão relativos aos cuidados do enfermeiro ao doador de órgãos e sua família com possibilidade para aumento de doações: Cuidados do enfermeiro permeados pelos aspectos éticos; Cuidados do enfermeiro no acompanhamento do processo de doação de órgãos e busca ativa; e Cuidados de acolhimento do enfermeiro à família do paciente em processo doação de órgãos.

Cuidados do enfermeiro permeados pelos aspectos éticos

De acordo com as variáveis 1 e 3 da Tabela os enfermeiros membros das CIHDOTTs dos três cenários estudados, ao perceber cuidado inadequado ao paciente em morte encefálica (N=107, 85,6%) sempre ou frequentemente questionam tal atitude. Este dado vem ao encontro do Código Internacional de Ética de Enfermagem, onde o tópico sete, traz a temática da subserviência e enfatiza a obrigação de recusar-se a cumprir uma ordem médica quando essa for antiética[11,12].

O enfermeiro está presente, geralmente, em todas as intercorrências que envolvem o paciente, desde sua admissão ao espaço de saúde e durante o desenvolvimento das condições adversas que podem culminar em um estado terminal[13] tendo uma função importante na defesa e proteção do potencial doador. Como coordenador de CIHDOTTs, o enfermeiro tem a função de gerenciar o programa de transplante, coordenando as diversas etapas que compõem o período transoperatório em longo prazo, além de promover o cuidado a candidatos e receptores quando necessário[14].

Conforme o quadro em anexo a variável 1 houve significância estatística ao questionar os enfermeiros acerca da defesa do potencial doador contra qualquer forma de tratamento antiético. A comparação entre os Estados possibilitou identificar que a associação significativa está presente estatisticamente entre Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Este dado, relaciona-se ao percentual de enfermeiros (N=26, 65%) do Rio Grande do Sul que afirmaram que sempre defendem um possível doador, ante aos enfermeiros (N=45, 93.8%) de Santa Catarina.

Contrapondo-se ao resultado anterior, encontrou-se nos dados relativos ao Rio Grande do Sul enfermeiros (N=3, 7.5%) que afirmaram nunca defender ou proteger um potencial doador de um tratamento antiético. Esse dado pode influenciar negativamente no modo como os cuidados são prestados ao potencial doador de órgãos e, assim, não contribuir no aumento na doação de órgãos, podendo influenciar negativamente. Neste aspecto, evoca-se o Código Internacional de Ética de Enfermagem, que descreve que o enfermeiro deve sustentar a confiança que o público deposita nos membros da equipe multiprofissional de saúde, revelando tais condutas antiéticas às autoridades competentes[11,12].

Um estudo de revisão integrativa vem ao encontro da presente discussão[15]ao apontar pesquisa realizada no Japão, onde a advocacia do paciente pelos enfermeiros, muitas vezes, enfrentam dificuldades para colocá-la em prática, devido as relações de poder existentes entre profissionais de saúde. O mesmo estudo, considera a necessidade de um referencial para as ações de advocacia em diferentes nações e culturas, para que estes enfermeiros conheçam as conjunturas em que os pacientes carecem de um "advogado", e que ações devem ser tomadas para preservar, representar ou protegê-los[15]. Há uma necessidade de estratégias de uma Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e a padronização dos processos que visem potencializar a tomada de decisão segura e qualificada, bem como fortalecer intervenções na prática do cuidado[16].

Depreende-se, então, que atitudes vão além da técnica profissional, fundamentam-se numa relação constante de troca com o outro, que perpassa pelo toque, pela comunicação, pelo cuidado físico e pelo respeito, constituindo assim uma relação humanizada ancorada nos preceitos éticos e legais[8]. No Brasil, há carência de instrumentos utilizados para apoiar esse profissional para rastrear e acompanhar o desenvolvimento de cada etapa do processo de doação de órgãos[17].

A maior parte dos enfermeiros (N=119, 96,2%), relatou que sempre certificam-se, após orientações, se a família compreendeu as medidas médicas tomadas após a parada cardíaca, preparo profissional ao fazer um acolhimento à família, esclarecimento à dúvidas em relação a morte e os trâmites para entrega do corpo[20]. Neste mesmo sentido autores[13,14,19,20] consideram que a experiência vivida pelos familiares é um ponto fundamental de reconhecimento do sofrimento e acolhimento que deve ser abordado pelo enfermeiro. Outro estudo realizado no Brasil, com 27 profissionais de todos os hospitais de ensino do Distrito Federal, menciona que, nesse momento se deve desmistificar estigmas quanto à doação, questionar a percepção sobre doação de órgãos do provável doador, apresentar e explicar os próximos passos, avaliar a compreensão e o desejo dos familiares; e obter o consentimento, ou não, da doação[18].

Um estudo de revisão bibliográfica[14] sobre as responsabilidades do enfermeiro apontou que um dos principais motivos de recusa familiar no Brasil está relacionado a não compreensão do diagnóstico de morte encefálica. O enfermeiro que atua junto à captação de órgãos não limita seu atendimento apenas às questões técnicas, alterações fisiopatológicas e execução mecânica dos procedimentos necessários, devendo também compreender que a falta de orientações claras sobre a situação irreversível do ente familiar, associada às normas institucionais, deixam insegura a família, necessitando de informações contínuas.

De modo geral, com base no item 10 da Tabela os enfermeiros participantes desta pesquisa (N=110, 88%) procuram sempre ajudar os familiares a chegar a uma decisão em relação a doação de órgãos e que possam continuar a viver sem medo ou culpa pela decisão tomada. Estudo brasileiro[18] aponta que, independentemente do consentimento, ou não, à doação, cabe ao enfermeiro acolher as dúvidas dos familiares e respondê-las; manter postura empática para com o sofrimento e a decisão dos familiares; dar suporte emocional e listar possíveis encaminhamentos caso julgar necessário.

Nesse sentido[19], considera que é clara a importância do consentimento para a realização de transplantes, tanto do doador, quanto do receptor. Porém, discute-se a

controvérsia existente nos transplantes "*post mortem",* momento em que na prática médica aplica-se a vontade da família e não a que o falecido demonstrou em vida. Uma pesquisa realizada no Brasil com 253 profissionais médicos e enfermeiros, verificou que a maior parte dos médicos entrevistados relatou nunca haver aberto um protocolo de morte encefálica[21] evidenciando quão complicado pode ser um diálogo com familiares enlutados e sem conhecimentos suficientes para fazer uma entrevista familiar para o consentimento da doação de órgãos.

Cuidados do enfermeiro no acompanhamento do processo de doação de órgãos e busca ativa

Ao questionar os participantes em relação a sua permanência durante o processo de doação, como consta na variável 6 da tabela, parte dos enfermeiros (N=70, 56%) se fazem presente durante todo o tempo do processo. Houve diferença significativa nos cenários, porque evidencia-se na tabela de dados uma associação entre Rio Grande do Sul e Santa Catarina, podendo estar relacionado aos enfermeiros (N=16, 40%) do Rio Grande do Sul, ante aos enfermeiros (N=34, 70,8%) de Santa Catarina, que responderam sempre estarem junto durante todo o tempo do processo de doação. Este fato possibilita inferir que o tempo que o enfermeiro destina ao processo de doação tem implicações positivas ou não no desfecho do processo a partir dos dados coletados. Deste modo, o profissional de enfermagem, além de executar as ações indispensáveis para o conforto do paciente, para a manutenção dos seus sinais vitais, também pode oferecer alívio à situação vivenciada pela família, que pode perceber que os melhores cuidados estão sendo dispensados, e que o sofrimento do paciente está sendo aliviado, abrindo espaço para o consentimento da doação de órgãos e tecidos para transplante[13].

Ao inquerir os enfermeiros participantes se as CIHDOTTs acompanham todos os usuários neurocríticos (variável 7) e se realiza a busca ativa dos prováveis doadores, os participantes (N=78, 62,4%) responderam que sempre fazem o acompanhamento e a busca ativa. Este dado corrobora com a premissa do modelo Espanhol para doação de órgãos, onde salienta que não há falta de órgãos para transplantes, e sim a não identificação de pacientes em ME em tempo hábil[22]. A segurança do paciente necessita transitar em todos os cenários de cuidado, uma vez que a assistência produzida e consumida é resultante de relações e que, na doação e no transplante de órgãos e tecidos,

acontece em três níveis diferentes: central de transplantes, CIHDOTT e nos serviços de unidade de terapia intensiva e emergência. Deste modo, possibilita a ocorrência de erros e ou eventos adversos no processo da gerência do cuidado, caso este não seja bem conduzido[16].

As múltiplas e importantes ações do enfermeiro na atuação na CIHDOTT exigem sua presença em todas as etapas do processo, mesmo antes da identificação do possível doador. Desse modo, sua função na CIHDOTT está centrada na busca ativa, na gestão e observação atenta do cuidado de enfermagem ao potencial doador, além da postura profissional e sensibilidade que são características que permitem ao enfermeiro executar seu papel[8].

Cuidados de acolhimento do enfermeiro à família do paciente em processo doação de órgãos

Ao verificar com os participantes se há recursos suficientes para a realização da entrevista, como sala reservada, apoio psicológico ou amparo social no seu hospital, conforme variável nº12 da tabela a maior parte dos participantes do Paraná (N=29, 78,4%) e Santa Catarina (N=38, 79,1%) responderam que sempre ou frequentemente tem acesso a esses recursos. Por outro lado, os resultados encontrados no Rio Grande do Sul evidenciam que apenas (N=20, 50%) tem acesso a eles. Contudo, essa questão apresentou um p-valor (p=0,058) próximo de significância estabelecido nessa pesquisa. Portanto, esses dados podem estar relacionados as respostas dos (N=13, 32,5%) participantes gaúchos ao afirmarem que "ás vezes" tem acesso aos recursos acima mencionados. Garantir uma ambientação física, um local apropriado, ambiente sem ruído, acomodação adequada e confortável, disponibilidade de água e lenços de papel, e possuir treinamento para escuta[18] são elementos importantes para o acolhimento e melhor compreensão dos familiares da real situação do potencial doador e o pedido de doação. Cabe ao enfermeiro demonstrar calma, entender que as vezes a família precisa de tempo para aceitar a perda, obtendo sua confiança[14].

Dentre os inqueridos, conforme a variável 2 da tabela um percentual de enfermeiros (N=114, 91,2%) responderam que promovem e organizam de modo continuo ou frequente, o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois do processo de doação no âmbito da instituição, observados nos três Estados. O novo protocolo de morte encefálica elaborado no Brasil em 2017 aponta, entre outros aspectos, a questão da

necessidade de proporcionar melhor acolhimento às famílias, vindo ao encontro dos dados encontrados nessa pesquisa. As falhas durante o acolhimento e distorções na comunicação podem ser decorrentes da falta de conhecimento, habilidade e atenção dos profissionais[19].É verdade que a rotina dos profissionais de enfermagem já é suficientemente desgastante nos moldes atuais, o que dificulta a possibilidade destes profissionais poderem manter-se atentos à realidade da família do doador. Contudo, o processo de doação de órgãos, exige a presença do enfermeiro e tal atitude pode significar toda a diferença entre uma autorização ou não da doação de órgãos[13].

Em relação a variável 4 da Tabela, os respondentes (N=104, 83,2%) afirmaram que ficam em contato telefônico com a família de modo constante ou frequente para eventuais informações sobre o andamento do processo de doação de órgãos. Essa atitude positiva dos enfermeiros dessa pesquisa corrobora com o estudo brasileiro[20] ao mencionar que desde o acolhimento aos familiares até depois do término do procedimento, o enfermeiro pode proporcionar o cuidado humanizado e gerar um clima positivo, podendo influenciar favoravelmente a tomada de decisão sobre a doação de órgão. Assim, esse profissional, desdobrar-se junto ao paciente e a seus familiares, estabelecendo desta maneira relações subjetivas de proximidade, confiança, e ligações afetivas[13]. No mesmo sentido[14], o enfermeiro pode avaliar o andamento de todo o processo, informando a família sobre a morte encefálica, agendando o horário da cirurgia para a retirada dos órgãos, fornecendo informações à equipe de transplantes e à equipe de enfermagem entre outras informações sobre os procedimentos a serem realizados no pré-operatório

Também foi perguntado aos participantes, se ao realizarem a entrevista com os familiares, seguem uma metodologia específica e centra-se na possibilidade da aceitação da doação, conforme dados registrados na variável 8 da Tabela, responderam, (N=61, 48,8%) que sempre agem desse modo. Apesar dessa questão, não estar entre os valores de significância estabelecidos nesse estudo, ela apresentou valores muito aproximados (p=0,052). Isto pode estar relacionado com os participantes do Rio Grande do Sul (N=14, 35%) que sempre atuam desse modo, ante aos Estados do Paraná com (N=20, 54,1%) e de Santa Catarina com (N=27, 56,3%). Um estudo realizado no Brasil[18] com 27 profissionais de OPOs e CIHDOTTs sobre comunicação de morte encefálica referem que o uso de um protocolo padrão pela instituição poderia uniformizar o procedimento de comunicação com os familiares. No entanto, deve-se destacar que não foram identificados, na literatura, protocolos específicos de comunicação de ME. Pesquisa[18] evidenciou alguns fatores que justificam a falta de homogeneidade: ausência de um

protocolo ou padrão institucional estabelecido de comunicação de ME, relatos de trajetórias de formação acadêmica diversos, relatos de diversidade de experiências de comunicação, no dia-a-dia, com uso de critérios individuais e subjetivos.

Consta na variável 11 da Tabela que uma parcela dos entrevistados, (N=60, 48%) nessa pesquisa, declararem que nunca causam aumento da dor e do sofrimento às família quando fazem a solicitação da doação de órgão. Contrapondo-se, a (N=18, 14,4%) dos participantes que afirmam que sempre ou frequentemente pensam que trazem mais dor e sofrimento às famílias ao realizar o pedido de doação de órgãos. Esse dado é percebido em todos os Estados analisados. Considera a complexidade[8] que permeia todo o processo de doação e transplantes de órgãos, o enfermeiro não só entende, mas, se sensibiliza com as pessoas envolvidas. Nessa acepção, após a ME, pertencerá aos parentes a decisão de reconhecer a vontade do doador, autorizando ou não a doação. Portanto, mostra-se evidente a importância de legislação que regulem essa questão, mas a dignidade da pessoa humana deve ser tida como base e algo inviolável, inalienável e irrenunciável, com o objetivo de evitar a coisificação do homem[19].

Ao observar as reações emocionais dos familiares percebe-se que a autorização para doação ainda é um processo dificultado por questões filosóficas, religiosas, sociais e emocionais. E que alguns dos fatores como a religiosidade, luto e percepção do corpo, desconhecimento da vontade do potencial do doador por parte da família, tempo longo do processo de retirada dos órgãos[13,18] são elementos que surgem durante a entrevista necessitando da habilidade e conhecimento do entrevistador para ajuda-los a entender estas percepções. Estes fatores podem levar o enfermeiro, por meio da empatia, vivenciar essa dor junto aos familiares, podendo confundi-lo em sua atribuição de entrevistador para solicitação da doação de órgãos, cenário que pode gerar conflito, sendo um dos momentos mais difíceis e estressantes, pois se vê diante da necessidade de respeitar a dor familiar e também solicitar a doação de órgãos, que pode ser visto como um ato agressivo e desrespeitoso pela família[14].

CONCLUSÃO

Considera-se que as ações de cuidado realizadas pelo enfermeiro das CIHDOTTs observando e defendendo tratamento ético durante todo o processo de doação, participando, acompanhando em tempo integral os prováveis doadores e auxiliando na

decisão acerca da doação de órgão sem sentimento de culpa, não são somente atitudes humanizadas com o doador e família, mas estão associadas significativamente à melhoria de índices relacionados na obtenção de órgãos e tecidos.

Essas ações de cuidado, se realizadas de modo frequente pelo enfermeiro, podem ajudar a elevar as taxas de doação de órgãos e tecidos, entretanto, muitas delas estão diretamente envolvidas com a autonomia e tempo disponível para realizá-las, fazendo-se necessário apoio logístico gerencial constante das diretorias hospitalares.

As limitações do estudo, estão relacionadas a área de abrangência que compreende os três Estados do Sul do Brasil, podendo ser inviável sua aplicação no âmbito nacional.

REFERENCIAS

1 - ONU. United Nations. General Assembly: A/68/256 Distr.: **Promotion and protection of human rights: human rights questions, including alternative approaches for improving the effective enjoyment of human rights and fundamental freedoms**. General 2 August 2013, disponível em: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Trafficking/A-68-256-English.pdf acesso em 31/03/20

2 - BONAMIGO, E. L., CASARA, M. E. M., & RODRIGUES, A. P. (2015) **Humanizando a comunicação de morte e a captação de órgão**s. Anais de Medicina.

3 - ESPANHA. **Organizacion Nacional de Transplantes - ONT**. 2020. Disponivel em [http://www.ont.es/Paginas/Home.aspx]

4 - Kocaay AF, Celik S, Eker T, Oksuz NE, Akyol C, Tuzuner A. **Brain Death and Organ Donation:Knowledge, Awareness, and Attitudes of Medical, Law, Divinity, Nursing and Communication Students**.Transplantation Proceedings.2015;(47)5:1244

5 - HU, D., HUANG, H. **Knowledge, Attitudes, and Willingness Toward Organ Donation among Health Professionals in China**(2015) Transplantation, 99 (7), pp. 1379-1385. Cited 8 times.

6 - CAMUT S, BAUMANN A, DUBOIS V, DUCROCQ X, AUDIBERT G. **Non-therapeutic intensive care for organ donation: A healthcare professionals' opinion survey**. Nursing Ethics. 2016;(23)2:191-202.

7 - COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-292/2004**. 2004. Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. Disponível em: www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2922004_4328.html. Acesso em: 23 ago. 2013.

8 - TOLFO, F. D., CAMPONGARA, S., MONTESINOS, M. J. L., BECK, C. L. C., LIMA, S. B. S., DIAS, G. L. (2018). **A atuação do enfermeiro em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos**. Revista Enfermagem UERJ [internet]. 2018

[citado em 19 mai 2020];(26):273-85. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/948535/a-atuacao-do-enfermeiro.pdf

9 - CUNHA, M., RIBEIRO, O., VIEIRA, C., PINTO, F., ALVES, L., SANTOS, R., ... & ANDRADE, V. (2016). **Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura.** Millenium, (38), 271-282.

10 - GIL, Antonio Carlos. **Amostragem na pesquisa social**. Gil AC, organizador. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas, p. 90-109, 2010.

11 - CONSELHO INTERNACIONALDE ENFERMEIROS. **Código de ética do CIE para enfermeiras.**International Council of Nurses [internet] [Updated 2012; cited 2017 Dec 19]. Available from: Available from: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_brazilian_portuguese.pdf [Links]

12 - OGUISSO, T., TAKASHI, M. H., FREITAS, G. F. D., BONINI, B. B., SILVA, T. A. D. (2019). **Primeiro Código Internacional de Ética de Enfermagem.** *Texto & Contexto-Enfermagem*, *28*.

13 - ARAÚJO, C., SANTOS, J. A. V., RODRIGUES, R. A. P., JUNIOR, L. R. G. (2017). **O papel do profissional de enfermagem na doação de órgãos**. Revista Saúde em Foco – Edição nº 9

14 - FELIX, P. M. L., MARIA, T. A., VEIGA, E. O. B., BORGES, F. V., REIS, C. (2018). **A Responsabilidade Do Enfermeiro No Processo De Captação De Órgãos**. *LINKSCIENCEPLACE-Interdisciplinary Scientific Journal*, *5*(4).

15 – TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G., LUNARDI, V. L., BARLEM, E. L. D., SILVEIRA, R. S. D., RAMOS, A. M., SANTOS, J. M. D. (2018). **Ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente: revisão integrativa**. *Texto & Contexto-Enfermagem*, *27*(2).

16 - MAGALHÃES ALP, ERDMANN AL, SOUSA FGMD, LANZONI GMDM, SILVA ELD, MELLO ALSFD. **Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador**. Revista Gaúcha de Enfermagem [internet]. 2018 [citado em 25 mai 2020];39:e2017-0274. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-01-e2017-0274.pdf

17 - KNIHS, N. D. S., MAGALHÃES, A. L. P., SANTOS, J., WOLTER, I. D. S., PAIM, S. M. S. (2019). **Doação de órgão e tecidos: utilização de ferramenta de qualidade para a otimização do processo**. *Escola Anna Nery*, *23*(4).

18 - MENESES, N P; CASTELLI, I; COSTA JUNIOR, Á L. **Comunicação de morte encefálica a familiares: levantamento com profissionais de saúde**. Revista da SBPH, v. 21, n. 1, p. 192-217, 2018.

19 - RIBEIRO, K. R. A., PRADO, L. S., SANTOS, F. R., GONÇALVES, F. A. F., BORGES, M. M., ABREU, E. P. (2020). **Brain death and the process of donation of organs: a family care.** *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, *12*, 182-188.

20 - BASÍLIO, R J M; PEREIRA, M C; RODRIGUES, J L. **Atuação Do Enfermeiro Na Doação E Transplantes De Órgãos E Tecidos**. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, v. 2, n. 5, p. 348-359, 2019.

21 - BEZERRA, D. S., CAVALCANTI, T. R. F., NOGUEIRA, W. B. D. A. G., BONZI, A. R. B., MORAIS, A. F. (2018). **Entendimento Apresentado Por Médicos E Enfermeiros Sobre O Transplante De Órgãos**. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, *16*(3), 25-32.

22 - ERTIN, H.; HARMANCI, A.K.; MAHMUTOGLU, F.S.; BASAGAOGLU, I. **Nurse-focused ethical solutions to problems in organ transplantation.** Nurs Ethics**,** v.17, n.6, p.705-14, nov. 2010.

3º Artigo[4]

ARTIGO ORIGINAL

OBTENÇÃO DE TECIDOS E ÓRGÃOS: AÇÕES POTENCIALIZADORAS DO ENFERMEIRO À LUZ DO PENSAMENTO ECOSSISTÊMICO

Tissue and Organ Procurement: nursing potentializing actions in the light of ecosystem thinking

Obtención de tejidos y órganos: potencialización de acciones de enfermería a la luz del pensamiento ecosistémico

RESUMO

Objetivo: analisar as ações do enfermeiro que estimulam a potencialidade de aumentar as taxas de doação de órgãos e tecidos à luz do Pensamento Ecossistêmico. **Metodologia**: estudo descritivo, exploratório, com método misto, do tipo incorporado, com realização simultânea e ênfase na abordagem quantitativa, com 125 enfermeiros de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes da região sul do Brasil. Os dados foram coletados por meio de questionário tipo *survey on-line. O*s dados quantitativos foram analisados estatisticamente utilizando o software SPSS 25 e os qualitativos, análise de conteúdo de Bardin. **Resultados**: ações voltadas ao acolhimento do familiar, a valorização remunerada e dedicação exclusiva dos enfermeiros da comissão, campanhas de mídia e divulgação para a sociedade em geral e ações educativas voltadas para capacitação dos profissionais. **Conclusão:** os resultados das ações estimulam a possibilidade de aumentar os índices de doação de órgãos e tecidos para transplante.

Descritores: Obtenção de Tecidos e Órgãos; Enfermeiras e Enfermeiros; Ecossistema; Trabalho; Papel do Enfermeiro.

Descriptors: Tissue and Organ Procurement; Nurses; Ecosystem; Work; Nurse's Role.

Descriptores: Obtención de Tejidos y Órganos; Enfermeras y Enfermeros; Ecosistema; Trabajo; Rol de la Enfermera.

[4] Artigo formatado para submissão na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn).

INTRODUÇÃO

Etimologicamente, a palavra ecossistema é composta por um prefixo eco que deriva do grego "*oîkos*", que significa casa/espaço/ambiente, e sistema, palavra originada do latim *"sýstēma",* que significa um conjunto de elementos ou organismos interdependentes de modo a formar uma unidade/totalidade organizada. A compreensão dos sistemas e/ou ecossistemas foram definidas na década de 1950, por Ludwig Von Bertalanffy a partir de estudos e ensaios, provenientes de concepções teóricas e práticas da noção de sistema, e que foram compilados e consolidados na chamada Teoria Geral dos Sistemas[1].

O conhecimento que emergiu dessa esfera conceitual conduziu para um novo modo de pensar e agir frente ao espaço em que se vive. Diante desse novo conhecimento se formou um novo paradigma emergente, representado pelo chamado Pensamento Sistêmico, com o qual se deixa de estudar somente o objeto em si e emerge a decifrar as relações que se estabelecem entre todos os componentes que formam uma realidade. Assim, o estudo da realidade com base no Pensamento Sistêmico envolve os princípios das relações, interações, conexões e interdependência os quais ocorrem entre tudo e todos os elementos que constituem a realidade[2].

O ecossistema, é portanto, referenciado como o conjunto de elementos vivos (bióticos) e não vivos(abióticos) que se relacionam, interagem e em um espaço e tempo delimitado[2]. Participam como elementos ecossistêmicos, no presente trabalho, a instituição hospitalar com sua estrutura física, serviços oferecidos, ações realizadas, profissionais de saúde entre estes enfermeiros e enfermeiras, os potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante e suas famílias, e demais componentes. Vale ressaltar que muitas vezes a família desconhece a vontade familiar, por passar despercebida, ou inexistir, em uma conversa sobre doação de órgãos, e as intenções em ser ou não doador de órgãos[3-5].

Quando a Morte Encefálica (ME) acontece, cabe às famílias responderem a uma pergunta extremamente delicada, realizada num momento difícil e doloroso, que é a aceitação ou não da doação de órgãos do seu ente querido. Pondera-se então, que ao entender o hospital como um ecossistema, existem infinitas relações entre os elementos que o compõem, ampliando assim, a percepção desse "todo" que circunda o processo de doação órgãos.

Dentre os elementos inseridos no ambiente hospitalar insere-se a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). Criada a partir

da necessidade de obtenção de órgãos e tecidos, com a finalidade de transplantes, que segundo a Assembleia Mundial da Saúde é insuficiente para atender a demanda e, é percebida como uma importante estratégia em países independentes dos recursos econômicos, tecnológicos ou farmacológicos[6]. Nesse sentido, a busca por alternativas que visem o aumento dos números de doações de órgãos têm sido almejado e desejado pelos governos, sociedades e equipes de saúde. Como estratégia, as CIHDOTTs, têm a função de auxiliar no processo de doação, fazendo o elo entre os outros componentes do Sistema Nacional de Transplantes, com as equipes assistências e a família, desde a identificação do possível doador até a entrega do corpo aos familiares[7].

As CIHDOTTs surgiram no Brasil a partir do ano 2000 e envolvem-se no processo de doação de órgãos, realizando a busca ativa por possíveis doadores, agendando salas no bloco cirúrgico, preparando e disponibilizando todo o material e equipamentos especializados, além de prover recursos humanos adequados para o ato. Também, faz o elo entre os outros elementos do Sistema Nacional de Transplantes (Organização e Procura de Órgãos (OPOs) e a Central Estadual de Transplantes) bem como, a entrevista com os familiares para solicitação da doação[7].

Dentre os componentes das CIHDOTTs, encontra-se o enfermeiro, referenciado como um elemento partícipe do processo de doação de órgãos e tecidos e evidenciado como um profissional importante para um sistema de doação de órgãos eficiente. Pesquisas nacionais e internacionais evidenciam o enfermeiro como um profissional capaz de realizar ações que possibilitam o aumento da doação de órgãos e tecidos nos hospitais onde atua[8-11].

Na Polônia, verificou-se que a contratação de enfermeiros coordenadores de transplante se mostrou efetiva em 50% dos hospitais[9]. Atitudes positivas relacionadas aos familiares parece também ter influência no desfecho favorável a doação de órgãos segundo estudo realizado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) com os profissionais de saúde franceses[10], e estudantes das ciências da saúde na Turquia[11]. Na Holanda revelou-se que os enfermeiros desempenham ação importante na abordagem familiar, pois são capazes de obter a opinião dos familiares, mesmo antes do pedido médico para doação de órgãos[8].

Pesquisa feita na Suécia registrou que as atitudes positivas dos enfermeiros no processo de doação, envolvem a experiência de vida profissional, participação em conversas com parentes, cuidar de pessoas com ME e experiências privadas de obtenção de órgãos ou transplante de órgãos[12]. Assim, evidenciar as ações desenvolvidas pelos

profissionais enfermeiros das CIHDOTTs pode possibilitar o fomento da doação de órgãos e tecidos para transplantes.

OBJETIVO

Analisar as ações do enfermeiro que estimulam a potencialidade de aumentar as taxas de doação de órgãos e tecidos à luz do Pensamento Ecossistêmico.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (parecer nº 02/2019), sob número do CAAE: 81971918.0.0000.5324. Os preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº. 466/2012 foram seguidos e respeitados durante todo o trâmite da pesquisa.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem de Métodos Mistos, utilizando-se o tipo Incorporado, com realização simultânea, tendo ênfase na abordagem quantitativa, norteado pela ferramenta STROBE[13]. A combinação dos dados se deu por incorporação dos dados qualitativos com os dados quantitativos, e foi permeada à luz do Pensamento Ecossistêmico. Essa técnica também pode ser descrita como método de Notação dos Métodos Mistos, cuja representação esquemática é concebida como: QUAN(qual)[14]. Os dados foram coletados, no período de junho a agosto de 2019, tendo como local os estados da região sul do Brasil.

População, critérios de inclusão e exclusão

O instrumento estruturado, com 52 questões fechadas do tipo escala *Likert* de cinco pontos: Sempre, Frequentemente, Às vezes, Raramente e Nunca e, cinco abertas, enviado via *online*, a 185 enfermeiros membros de CIHDOTTs, da Região Sul do Brasil, conforme dados institucionais fornecidos, por meio do *Google Docs*. Destes, 125 enfermeiros aceitaram participar, retornando o instrumento quantitativo devidamente preenchido. Em relação a parte qualitativa do instrumento, não obrigatória para a devolução das questões quantitativas, 106 responderam essa parte do instrumento.

Foram considerados como critérios de inclusão para a parte qualitativa todos os enfermeiros de CIHDOTT e OPO que estavam em exercício no momento de coleta, e devidamente registrados em conselhos Regionais de Enfermagem. E, como critérios de exclusão, as entrevistas não respondidas na íntegra, e entrevistas com respostas simples que continham apenas palavras isoladas, como por exemplo, “sim”, “não” e “com certeza”.

Quanto ao critério da incompletude foram excluídas 17 entrevistas e com respostas simples 11 entrevistas, totalizando para a análise 78. Optou-se em limitar em 30% de participantes em cada cenário estudado, uma vez que os questionários devolvidos não foram em número igual. Assim, foi aplicada a regra de proporção resultando em, sete participantes do Paraná, oito de Santa Catarina e oito do Rio Grande do Sul totalizando 23 participantes para a análise qualitativa. Para a escolha da inclusão dos participantes aplicou-se a amostragem probabilística aleatória, respeitando a proporcionalidade e representatividade de cada estado.

Protocolo do estudo

Para conhecer a população desse estudo estipulada em 185 enfermeiros, realizou-se contato com as Centrais de Transplantes dos Estados e com as OPOs dos estados da região sul do Brasil. Um questionário on-line foi gerado no aplicativo do *Google Forms*, gratuito e considerado de fácil manuseio e aplicabilidade, destinado para a *Web* no intuito de coletar informações por meio de formulários *on-line*. As respostas são enviadas diretamente para uma planilha, configurada para facilitar a análise e automaticamente os dados são salvos e armazenados no seu *Google Drive*[15].

As respostas enviadas pelos participantes foram reunidas automaticamente em uma planilha na nuvem que pode ser visualizada *on-line* ou exportada para *softwares* de planilha como Microsoft Excel, possibilitando uma análise de dados mais fácil ou a importação destes para um *software* de análises estatísticas como o SPSS[16]. O questionário foi submetido a um Teste Piloto, com oito entrevistados, com a finalidade de ajustá-lo ao público alvo. E contemplava questões fechadas quantitativas, com 18 variáveis acerca dos dados sociodemográficos e funcionais, nove variáveis relativas às ações gerenciais e burocráticas das CIHDOTTs, 10 variáveis para verificar as ações de CIHDOTT direcionadas aos aspectos relacionais do ambiente intra e extra-hospitalar, cinco variáveis que buscaram examinar as ações educativas desenvolvidas pelas CIHDOTTs, e 11 sobre as ações de cuidado ao possível doador e sua família.

As questões abertas de cunho qualitativo foram compostas por cinco temas abertos elaboradas a fim de obter dados dos participantes sobre a capacitação prévia dos enfermeiros antes do seu ingresso na CIHDOTT; fatores e barreiras que dificultam a doação de órgãos; fatores facilitadores no processo de doação de órgãos; ações desenvolvidas nos hospitais capazes de aumentar a doação de órgãos e sobre a sua opinião relacionada a entrevista familiar.

Variáveis	Geral		Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul		p-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
1.1 No hospital onde trabalha, há suportes tecnológicos, farmacológicos, espirituais e/ou psicológicos, e estruturais (sala para entrevista familiar, por exemplo), necessários para a manutenção do potencial doador e amparo familiar?									
Sempre	51	40,8	19	51,4	24	50	8	20	
Frequentemente	34	27,2	10	27	14	29,2	10	25	
Às vezes	27	21,6	3	8,1	7	14,6	17	42,5	0,006*
Raramente	11	8,8	4	10,8	2	4,2	5	12,5	
Nunca	2	1,6	1	2,7	1	2,1	0	0	
1.2 Você promove e organiza o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição?									
Sempre	81	64,8	26	70,3	36	75	19	47,5	
Frequentemente	33	26,4	7	18,9	11	22,9	15	37,5	
Às vezes	7	5,6	2	5,4	1	2,1	4	10	0,101
Raramente	4	3,2	2	5,4	0	0	2	5	
Nunca	0	0	0	0	0	0	0	0	
1.3 Você fica em contato telefônico com a família de modo constante para eventuais informações?									
Sempre	67	53,6	18	48,6	30	62,5	19	47,5	
Frequentemente	37	29,6	15	40,5	11	22,9	11	27,5	
Às vezes	11	8,8	1	2,7	4	8,3	6	15	0,333
Raramente	7	5,6	2	5,4	3	6,3	2	5	
Nunca	3	2,4	1	2,7	0	0	2	5	
1.4 Ao participar do processo de doação, você se faz presente durante todo o tempo do processo?									
Sempre	70	56	20	54,1	34	70,8	16	40	
Frequentemente	39	31,2	13	35,1	11	22,9	15	37,5	
Às vezes	13	10,4	2	5,4	3	6,3	8	20	0,024*
Raramente	2	1,6	2	5,4	0	0	0	0	
Nunca	1	0,8	0	0	0	0	1	2,5	
1.5 Você ao realizar a entrevista com os familiares segue uma metodologia específica e centra-se na possibilidade da aceitação da doação?									
Sempre	61	48,8	20	54,1	27	56,3	14	35	
Frequentemente	36	28,8	6	16,2	15	31,3	15	37,5	
Às vezes	16	12,8	5	13,5	2	4,2	9	22,5	0,052
Raramente	8	6,4	3	8,1	3	6,3	2	5	
Nunca	4	3,2	3	8,1	1	2,1	0	0	
1.6 Você respeita a vontade do potencial doador e de sua família, mesmo você não compartilhando da sua opinião?									
Sempre	77	61,6	28	75,7	33	68,8	16	40	
Frequentemente	37	29,6	7	18,9	13	27,1	17	42,5	
Às vezes	9	7,2	1	2,7	2	4,2	6	15	0,023*
Raramente	2	1,6	1	2,7	0	0	1	2,5	
Nunca	0	0	0	0	0	0	0	0	

1.7 Você procura auxiliar os familiares a chegar a uma decisão em relação a doação de órgãos e que possam continuar a viver sem medo ou culpa pela decisão tomada?									
Sempre	110	88	32	86,5	42	87,5	36	90	
Frequentemente	11	8,8	4	10,8	6	12,5	1	2,5	
Às vezes	2	1,6	0	0	0	0	2	5	0,175
Raramente	1	0,8	1	2,7	0	0	0	0	
Nunca	1	0,8	0	0	0	0	1	2,5	
1.8 Ao entrevistar um familiar para solicitar a doação de órgãos você acha que pode causar mais dor e sofrimento à família									
Sempre	60	48	21	56,8	26	54,2	13	32,5	
Frequentemente	25	20	6	16,2	8	16,7	11	27,5	
Às vezes	22	17,6	6	16,2	6	12,5	10	25	0,504
Raramente	12	9,6	3	8,1	5	10,4	4	10	
Nunca	6	4,8	1	2,7	3	6,3	2	5	
1.9 Há recursos suficientes para a realização da entrevista, como sala reservada, apoio psicológico ou amparo social no seu hospital?									
Sempre	52	41,6	19	51,4	22	45,8	11	27,5	
Frequentemente	35	28	10	27	16	33,3	9	22,5	
Às vezes	25	20	4	10,8	8	16,7	13	32,5	0,058
Raramente	11	8,8	4	10,8	2	4,2	5	12,5	
Nunca	2	1,6	0	0	0	0	2	5	
1.10 Você se sente preparado para fazer uma abordagem familiar e para responder aos questionamentos da família?									
Sempre	56	44,8	22	59,5	18	37,5	16	40	
Frequentemente	38	30,4	5	13,5	19	39,6	14	35	
Às vezes	24	19,2	7	18,9	9	18,8	8	20	0,124
Raramente	5	4	1	2,7	2	4,2	2	5	
Nunca	2	1,6	2	5,4	0	0	0	0	
TOTAL	125	100	37	100	47	100	40	100	

Após a adaptação do instrumento ao *Google Forms* foi gerado um *link* do questionário e enviado via *online* para os possíveis entrevistados por meio das OPOS e Centrais de Transplantes dos estados. O método utilizado permitiu ao entrevistado, ao abrir o *link,* visualizar uma tela que precede o questionário, informando-o sobre a necessidade de preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e assim possibilitar o prosseguimento do questionário. O enfermeiro ao aceitar participar da pesquisa foi convidado a adicionar o seu *e-mail* e, assim, confirmando seu aceite. Com esse procedimento respeitou-se a confidencialidade e a aceitação voluntária dos participantes.

Análise dos resultados e estatística

Na análise dos dados quantitativos, foi utilizado Software SPSS versão 25 e realizadas os Testes de normalidade de Shapiro-Wilk, o Teste de Qui-quadrado, teste

ANOVA de uma via, e o Teste de Kolmogorov-Smirnov. Estabeleceu-se o nível de significância de 0,05 para todas as análises efetuadas. Definiu-se um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5% com base na população estimada de 185 enfermeiros aplicou a fórmula para o cálculo amostral[17]. Os dados qualitativos foram analisados mediante análise de conteúdo de Bardin[18].

RESULTADOS

Os dados do presente artigo contemplam a categoria: ações dos enfermeiros de CIHDOTT que podem potencializar a doação de órgãos e tecidos para transplante à luz do Pensamento Ecossistêmico, a qual busca entender as múltiplas facetas das ações que os enfermeiros da região Sul do Brasil consideram importantes para aumentar os índices de doação de órgãos e tecidos. Neste sentido as ações relacionadas ao acolhimento familiar foram consideradas, como uma ação que possibilita aumentar as taxas de doação de órgãos. Cujos dados podem ser visualizados na tabela 1.

Tabela 1- Ações dos enfermeiros de CIHDOTT direcionadas ao acolhimento familiar, nos estados da Região Sul do Brasil (N:125), Brasil, 2019.

*p significativo estatisticamente: p≤0,05. CIHDOTT - Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.

As ações relacionadas ao acolhimento familiar foram corroboradas pelos enfermeiros participantes do estudo como uma ação que necessita ser construída, e que possibilita aumentar as taxas de doação de órgãos. Como descritos nos seguintes relatos.

> O acolhimento familiar humanizado e precoce (P2- Santa Catarina).
> Melhorar as condições de acolhimento aos familiares (P4 – Rio Grande do Sul).
> Modelo de Acolhimento (P5 - Santa Catarina).

A ineficácia ou a não realização adequada do acolhimento pode impactar de modo negativo no processo de doação, implicando em dificuldades. Dados da tabela 1 evidenciam que em comparação aos outros estados investigados, o Rio Grande do Sul ainda carece de uma estrutura física para acolher melhor os familiares dos potenciais doadores de órgãos.

> [...] pensando em acolhimento na captação de córneas, de órgãos, um pouco mais difícil, por conta do perfil (P7- Santa Catarina).
> Somente a abordagem familiar é feita (P8- Rio Grande do Sul).
> Melhorar as condições de acolhimento dos familiares (P4 – Rio Grande do Sul).

As campanhas de divulgação e mídia também foram apontadas como ações que podem potencializar as taxas de obtenção de órgãos e tecidos para fins de transplantes, conforme evidenciado na tabela 2.

Tabela 2: Ações educativas realizadas pelos enfermeiros de CIHDOTT da Região Sul do Brasil. Brasil, 2019.

Variáveis	Geral		Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul		p-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
2.1 A CIHDOTT do seu hospital realiza palestras sobre doação de órgãos e transplantes aos profissionais das unidades hospitalares que atendam usuários neurocríticos?									
Sempre	19	15,2	9	24,3	5	10,4	5	12,5	
Frequentemente	44	35,2	13	35,1	16	33,3	15	37,5	
Às vezes	44	35,2	10	27	21	43,8	13	32,5	0,655
Raramente	14	11,2	4	10,8	4	8,3	6	15	
Nunca	4	3,2	1	2,7	2	4,2	1	2,5	
2.2A CIHDOTT realiza palestras em escolas ou universidades?									
Sempre	20	16	6	16,2	7	14,6	7	17,5	
Frequentemente	18	14,4	3	8,1	7	14,6	8	20	
Às vezes	32	25,6	8	21,6	13	27,1	11	27,5	0,694
Raramente	32	25,6	13	35,1	13	27,1	6	15	
Nunca	23	18,4	7	18,9	8	16,7	8	20	
2.3 Você incentiva os profissionais das unidades do hospital (UTI, Bloco, Emergência ou outros) a participar de eventos, congressos, palestras que tratam sobre orientações e educação para a doação de órgãos?									
Sempre	49	39,2	14	37,8	24	50	11	27,5	
Frequentemente	42	33,6	12	32,4	14	29,2	16	40	
Às vezes	23	18,4	8	21,6	7	14,6	8	20	0,561
Raramente	10	8	3	8,1	3	6,3	4	10	
Nunca	1	0,8	0	0	0	0	1	2,5	
2.4 Você utiliza o conhecimento científico para assegurar-se de que o trabalho com a doação de órgãos é baseada em evidências?									
Sempre	81	64,8	25	67,6	31	64,6	25	62,5	
Frequentemente	31	24,8	8	21,6	12	25	11	27,5	
Às vezes	9	7,2	2	5,4	3	6,3	4	10	0,759
Raramente	3	2,4	2	5,4	1	2,1	0	0	
Nunca	1	0,8	0	0	1	2,1	0	0	
TOTAL	125	100	37	100	47	100	40	100	

CIHDOTT - Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.

A educação por meio de campanhas, mídias e divulgação sobre a doação de órgãos, podem sensibilizar a sociedade e as famílias a conversarem e conhecerem mais este assunto. Como pode ser visualizado nos relatos dos participantes a seguir.

> Sim, principalmente se sair do âmbito hospitalar e ter mais divulgação para população. (P2 – Rio Grande do Sul).
>
> A campanha que fizemos em alguns meses do ano, abordando colaboradores, pacientes e familiares (P3 – Rio Grande do Sul).
>
> Mostrar que não acontece tráfico de órgãos, preferências por quem tem uma condição financeira melhor. Divulgar que é uma fila única (P3 – Paraná).
>
> Sensibilização de todos os colaboradores do hospital (P4 – Santa Catarina).
>
> Acredito que nosso trabalho nas escolas e universidades, disponibilizando conhecimento e sensibilizando as pessoas pela causa (P5 – Rio Grande do Sul).
>
> Realizar campanhas nas escolas e empresas para clarificar todas as dúvidas presentes no ato de doar (P6- Paraná).
>
> Informação dos profissionais da Saúde e comunidade (P6 – Santa Catarina).

Do mesmo modo, os enfermeiros acreditam que ações educativas voltadas para capacitação dos profissionais também seja uma alternativa viável para incrementar as taxas de doação de órgãos e tecidos, conforme seus discursos.

> Além de treinamentos semestrais in loco sobre os formulários e a entrevista (P1 – Rio Grande do Sul)
>
> Treinamentos, palestras de conscientização, feedback de resultados e objetivos (P1- Paraná).
>
> Processos bem estruturados e equipe capacitada (P2- Paraná).
>
> Divulgação e melhor esclarecimento dos profissionais que trabalham nas áreas críticas (P3 – Santa Catarina).
>
> Sim, o Estado do Paraná tem apoio logístico excelente, investe em educação e densidade tecnológica (P4 – Paraná).
>
> Condução da entrevista (P6 – Rio Grande do Sul)
>
> A importância da capacitação da equipe a fim de utilizar a mesma linguagem (P8- Santa Catarina).
>
> Acho que falta mais engajamento dos membros da equipe do Hospital [...] mais capacitação (P7 – Paraná).

DISCUSSÃO

Um dos desafios enfrentados pelos enfermeiros de CIHDOTT é transpor a visão reducionista deste paciente declarado como morto, e reconhecê-lo como um ser humano que merece respeito e reverência em ser potencial para salvar outras vidas. A complexidade do cuidado ao paciente em ME está em conscientizar-se que ele não é um ser dicotômico, ou seja, ou morto ou vivo, mas, incorpora em si a vida e a morte simultaneamente[19].

Tal atitude permite ao enfermeiro da CIHDOTT contemplar o ambiente hospitalar no qual está inserido como um todo e a cuidar do potencial doador como um ser complexo. Essa percepção do enfermeiro, torna-se indispensável para que atue de modo complementar e interdisciplinar com as equipes assistenciais envolvidas, interagindo e

relacionando-se para atender as especificidades do paciente em ME, sem fragmentar a assistência[20].

Além disso, também, precisa vislumbrar o ambiente hospitalar como um todo, o enfermeiro de CIHDOTT, o potencial doador de órgãos, a família, e todos os elementos que constituem esse espaço ecossistêmico. Todo esse conjunto encontra-se, inter-relacionado, se influenciam e possibilitam reações positivas e/ou negativas. Desse modo, podem possibilitar influencias negativas sobre o amparo e o cuidado prestado ao possível doador e sua família. A partir desse olhar crítico e reflexivo, é viável incorporar ações para proporcionar influências com capacidade de possibilitar aumentar as taxas de doações de órgãos para transplantes. Esse princípio ecossistêmico de unidade/totalidade é necessário, pois permite ver o mundo e o espaço real que o circunda e onde se está inserido, se relacionando e interagindo com os demais elementos que o compõem exercendo influências, mudanças e transformações[2].

Assim sendo, o acolhimento familiar é visto pelos enfermeiros da região Sul do Brasil (Tabela 1, variável 1.2) como uma ação que possibilita aumentar as taxas de doação de órgãos, o que também é evidenciado na literatura[3,19,20], onde os cenários com maior ação voltadas ao acolhimento, têm maiores registros de doação de órgãos. Salienta-se, desse modo, que o princípio ecossistêmico da interação enfermeiro-família é imprescindível para o alcance de sucesso no processo de doação de órgãos.

As taxas de obtenção de órgãos para transplantes no Paraná e Santa Catarina são as mais altas do país[21], e estão em conformidade com os dados encontrados nessa pesquisa (Tabela 1, variável 1.2). O cuidado envolve uma assistência humanizada não só para o paciente como também para sua família[4;21]. Os cuidados realizados ao paciente em ME e sua família são semelhantes aos realizados a outros pacientes e requerem dos profissionais de saúde, neste caso, o enfermeiro, sensibilidade, envolvimento, empatia, olhar atento, percepção aguçada e conhecimento científico. Esta forma de cuidar pode garantir ao paciente e a família uma assistência com efetiva[19].

Para tanto, no acolhimento familiar, utiliza-se a comunicação (Tabela 1, variáveis 1.2 e 1.4) que é tida como um ponto fortalecedor diante dos conflitos éticos vivenciados pelos familiares[3]. Potencializar a comunicação efetiva pode facilitar e mobilizar os elementos envolvidos como as famílias, gerando relações saudável no sistema/ambiente em que estão inseridos. Ao considerar a complexidade que permeia todo o processo de doação e transplantes de órgãos, o enfermeiro não só entende, mas, se sensibiliza com as pessoas envolvidas [20].

Ações relacionadas a valorização remunerada e dedicação exclusiva na CIHDOTT foi levantada como um meio para disponibilizar mais tempo e motivação extra para realizar as tarefas das CIHDOTT, acompanhamentos de pacientes, busca ativa, entrevistas de familiares de possíveis doadores de órgãos. Dados evidenciados nos resultados desse estudo mostram que ter disponibilidade de tempo para a CIHDOTT tem se mostrado uma ação eficaz para elevar as taxas de doação de órgãos. No Estado do Paraná, que detém o maior número de doações de órgãos do Brasil[21], apresenta também, o maior quantitativo de enfermeiros exclusivos nas CIHDOTT.

A organização das práticas de cuidado pelo enfermeiro da CIHDOTT constitui-se em identificar as necessidades do potencial doador, implementar, avaliar e acompanhar os resultados dos cuidados. Porém, o diferencial está na rapidez com que o enfermeiro enfrenta o processo de cuidado a este paciente, pois as alterações fisiopatológicas e hemodinâmicas relacionadas a ME, são variáveis e estão diretamente relacionadas com o sucesso do processo de doação de órgãos e transplante[19]. Uma das características dos ecossistemas é a dinamicidade dos seus organismos, dentre os quais o ser humano é integrante, e se conecta a uma rede flexível, em constante busca pelo equilíbrio dinâmico[22].

Um estudo brasileiro[4] traz que uma das dificuldades está relacionada às equipes assistenciais, ao pensar, que o processo de doação seja tarefa exclusiva das equipes de CIHDOTTs, quando na verdade é um trabalho desenvolvido em conjunto. Ao acolher as famílias, pondera-se que a doação de órgãos perpassa o ambiente hospitalar e por isso, necessita ser fortalecida por meio do vínculo e da confiança dessas famílias nas equipes que atuam no processo[3,5].

A valorização financeira também é importante, e vem ao encontro de outro estudo brasileiro que aponta que o número de profissionais e recursos financeiros limitados influenciam na dificuldade em manter um possível doador. Isso pode desencadear situações de descontentamento, equipe de trabalho desmotivada e falta de comunicação, levando a uma fragilidade na assistência prestada ao paciente e sua família. Essa influência negativa quanto a falta de recursos financeiros, pode ser um fator de frustração para os enfermeiros, que é peça essencial da CIHDOTT e no cuidado ao potencial doador[4].

Outra ação levantada foram as campanhas de mídia e divulgação que no entendimento dos enfermeiros podem ser um estimulador nas taxas de obtenção de órgãos e tecidos para fins de transplantes (Tabela 2, variáveis 2.1 e 2.2 e 2.4) confirmadas e

reforçadas pelas falas dos participantes deste estudo nos resultados da pesquisa qualitativa. A educação é fator determinante para o sucesso ou insucesso do processo de doação e transplante, sejam eles cursos, palestras e capacitações voltadas a sociedade, família e profissionais, como estratégias para melhorar os índices de doação de órgãos[19].

É consenso na literatura[3-5,23] que a falta de conhecimento por parte dos familiares, também é um grande dificultador do trabalho do enfermeiro da CIHDOOT, principalmente, quando este familiar é abordado de forma inadequada, pois, na maioria das vezes, ocorre a não aceitação da ME, cabendo ao enfermeiro responsável uma abordagem humanizada e esclarecedora, o que nem sempre é fácil se esse profissional não estiver adequadamente preparado. Um estudo realizado no Brasil[23] apontou que o motivo da recusa mais frequente foi o desconhecimento da opinião do doador pelo familiar responsável.

Mesmo sendo uma ação mencionada como importante para elevar os índices de doação a maioria dos participantes desse estudo informaram que, às vezes ou raramente, fazem ações de divulgação e mídia na sociedade, em especial em universidades ou escolas, fora do contexto hospitalar (Tabela 2, variável 2.2). A divulgação massiva para a sociedade fica a cargo de governos e órgãos em prol da doação de órgãos. A aplicabilidade de uma campanha de marketing social evidenciou que uma das possíveis explicações para a baixa efetividade da doação de órgãos e doação de sangue, pode estar relacionada à incredulidade das pessoas no emissor da mensagem, ou seja, os órgãos governamentais[24]. Outro estudo brasileiro[25] concluiu que as campanhas em prol da doação de órgãos são pontuais, não sendo identificadas ações continuadas.

Do mesmo modo, os enfermeiros acreditam que ações educativas voltadas para capacitação dos profissionais seja uma alternativa viável para incrementar as taxas de doação de órgãos e tecidos. A capacitação dos profissionais da UTI e outros setores, bem como o aprendizado e o aperfeiçoamento na prática são facilitadores para alcançar melhores índices de doação[19]. Mesmo assim, os resultados mostram que apenas 15.2% (Tabela 2 variável 2.1) sempre realizam atividades direcionadas a capacitação dos profissionais.

O processo de doação de órgãos é uma das circunstâncias mais complexas que ocorrem nos setores de atenção nas UTIs, urgências e emergências em saúde, sendo a manutenção do potencial doador uma situação que exige conhecimento e preparo da equipe. Corroborando com esse fato, umas das dificuldades enfrentadas pela equipe CIHDOTT relaciona-se à falta de habilidade e capacitação dos enfermeiros[4].

A falta de conhecimento e habilidade do profissional enfermeiro reflete claramente no desenvolvimento do seu trabalho, favorecendo negativamente o processo de doação ao se apresentar inseguro e/ou pouco efetivo dentro da UTI. Contudo, as dificuldades podem ser minimizadas por meio da educação continuada[4], o que minimizaria os erros e facilitaria o aprendizado prático e, consequentemente, a possibilidade de aumentar os índices de doação de órgãos e tecidos.

Limitações do Estudo

Levando em consideração a extensão continental do Brasil, este estudo teve como principal limitação, a abrangência exclusiva dos dados à Região do Sul, com características semelhantes entre si, necessitando, portanto, de outros estudos nos demais espaços do país.

Contribuições para a enfermagem, saúde ou política pública

Os resultados desta investigação contribuem para o fortalecimento do conhecimento na enfermagem ao passo que aponta ações viáveis de serem desenvolvidas para um programa de doação de órgãos e tecidos para transplante de sucesso.

CONCLUSÕES

As ações identificadas pelos participantes da pesquisa estão direcionadas ao acolhimento do familiar, a valorização remunerada e dedicação exclusiva dos enfermeiros de CIHDOTT, campanhas de mídia e divulgação para a sociedade em geral articuladas com a capacitação dos profissionais, as quais possibilitam transformar-se em fatores que estimulem a doação de órgãos e tecidos. Evidenciou-se, também, que o estímulo recebido pelo familiar, por meio das ações dos enfermeiros das CIHDOTTs representa importante fator que influencia na decisão quanto a doação.

REFERÊNCIAS

1. Bertalanfy LV. Teoria geral dos sistemas. Petrópolis (RJ): Vozes; 2013. 361p.

2. Siqueira HCH, Thurow MRB, Paula SF, Zamberlan C, Medeiros AC, Cecagno D, et al. Health of human being in the ecosystem perspective. Rev enferm UFPE online [Internet]. 2018 [cited 2020 Mai 20];12(2):559-64. Available from: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25069

3. Amaral APS, Silva JM, Santana LP, Vieira SNS, dos Anjos TDSN. Desafios encontrados no processo de doação de órgãos: relato de experiência. Lecturas: Educación Física y Deportes [Internet].2018 [cited 2020 Mai 20];23(244):86-97. Available from: https://www.efdeportes.com/efdeportes/index.php/EFDeportes/article/view/288

4. Basso LD, Salbego C, Gomes IEM, Ramos TK, Antunes AP, Almeida PP. Difficulties faced and actions evidenced in the nurses' performance regarding organ donation: integrative review. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2018 [cited 2020 Mai 18];18(1)e4. Available from: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/42020/pdf

5. Pauli J. Doação organizacional em face ao mercado de órgãos: uma análise do modelo brasileiro de transplantação. Nova Economia [Internet].2019[cited 2020 Mai 18];29(1):339-63. Available from: https://www.scielo.br/pdf/neco/v29n1/1980-5381-neco-3528.pdf

6. Organização Mundial da Saúde (OMS). Trasplante de órganos y tejidos humanos. 63.ª Asamblea Mundial de La Salud. Genebra. 2010.

7. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 8.783 de 6 de junho de 2016. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento. Brasília (DF); 2016.

8. Groot J, Vernooij-Dassen M, de Vries A, Hoedemaekers C, Hoitsma A, Smeets W, et al. Intensive care staff, the donation request and relatives' satisfaction with the decision: A focus group study. BMC Anesthesiology. 2014;(14)52. doi: 10.1186/1471-2253-14-52.

9. Czerwinski J, Danek T, Trujnara M, Parulski A, Danielewcis R. System of donor hospital transplant coordinators maintained and financed by national transplant organization improves donation rates, but it is effective only in one half of hospitals. Transplantation Proceedings. 2014;(46)8:2501-2504. doi: https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2014.09.023

10. Kocaay AF, Celik S, Eker T, Oksuz NE, Akyol C, Tuzuner A. Brain Death and Organ Donation:Knowledge, Awareness, and Attitudes of Medical, Law, Divinity, Nursing and Communication Students. Transplantation Proceedings.2015;(47)5:1244-8. doi: 10.1016/j.transproceed.2015.04.071

11. Camut S, Baumann A, Dubois V, Ducrocq X, Audibert G. Non-therapeutic intensive care for organ donation: A healthcare professionals' opinion survey. Nursing Ethics. 2016;(23)2:191-202. doi: 10.1177/0969733014558969.

12. Foresberg A, Flodén F, Lennerling A, Karlsson V, Nilsson M, Fridh I. The core of after death care in relation to organ donation: A grounded theory study. Intensive and Critical Care Nursing. 2014;(30)5:275-82. doi: 10.1016/j.iccn.2014.06.002.

13. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. J Clin Epidemiol. 2008;61(4):344-9. doi: 10.1016/j.jclinepi.2007.11.008.

14. Creswell JW, Clark VP. Pesquisa de Métodos Mistos. Tradução Magda França Lopes,

revisão técnica, Dirceu Silva, 2ª ed. Porto Alegre (RS); Penso: 2013.

15. Mallette M, Barone D. On using Google forms. Reading Teacher. 2013;66(8):625–630. doi:10.1002/TRTR.1169.

16. Djenno M, Inusa GM, Pho A. From paper to pixels: using Google Forms for collaboration and assessment. Library Hi Tech News. 2015;32(4): 9-13.

17. Gil AC. Amostragem na pesquisa social. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo(SP): Atlas; 2010. p.109.

18. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo;2011. 229p.

19. Magalhães ALP, Erdmann AL, Sousa FGMD, Lanzoni GMDM, Silva ELD, Mello ALSFD. Meaning of nursing care to brain dead potential organ donors. Revista Gaúcha de Enferm. 2018;39:e2017-0274. doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0274

20. Tolfo FD, Camponogara S, Montesinos MJL, Beck CLC, de Lima SBS, Dias GL. **The role of nurses in the intra-hospitalar organ and tissue donation commission.** Revista Enferm UERJ. 2018;(26):273-85. doi: https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.27385

21. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado 2012-2019. Registro Brasileiro de Transplante. 2019.

22. Medeiros EDSM, Bomfim AT. Enfermagem e a visão ecossistêmica da saúde. Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano – Hígia [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 25];1(1):46-59. Available from: http://fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/106/92

23. Aranda RS, Zillmer JGV, Gonçalves KD, Porto AR, Soares ER, Geppert AK. Perfil e motivos de negativas de familiares para doação de órgãos e tecidos para transplante. Revista Baiana de Enferm. 2018;32:e27560. doi: 10.18471/rbe.v32.27560

24. Rezende LBO, Sousa VC, Pereira JR, Rezende LO. Doação de Órgãos no Brasil: Uma Análise das Campanhas Governamentais sob a Perspectiva do Marketing Social. Brazilian Journal of Marketing BJM. Revista Brasileira de Marketing. ReMark.2015;14(3):306-18. doi: https://doi.org/10.5585/remark.v14i3.2902.

25. Macedo CM, Veloso C, Rodrigues LC. Marketing social e doação de órgãos: um estudo com doadores declarados/Social marketing and organ donation: a study with declared donors. Braz. J. of Develop. 2019;5(8):13536-59. doi: 10.34117/bjdv5n8-150

6 SÍNTESE FILOSÓFICA REFLEXIVA:O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA CIHDOTT À LUZ DO PENSAMENTO ECOSSISTÊMICO

"A decisão pela doação de órgãos carrega a triste e dolorosa compreensão e aceitação da finitude. Porém, ao mesmo tempo, possibilita o ressurgimento da crença e da esperança no milagre da vida."

Fernando Tolfo

Frigojt Capra, pensador sistêmico considera que "o todo é maior do que a somas das partes contadas individualmente" (CAPRA, 2006; CAPRA e LUISI, 2014).Nesta acepção, emerge um significado observado por Bertalanffy (2013) em 1050, de que algumas ciências têm validade para outras, criticando o modo como às ciências eram estudadas pela especificação e compartimentalização. Bertalanffy (2013) amparou suaTeoria Sistêmica em três premissas: sistemas existem dentro de sistemas; os sistemas são abertos e sua função varia conforme sua estrutura. Nesse sentido, as premissas da

Teoria Geral dos Sistemas contribuíram e contribuem para que avanços no pensamento sistêmico continuem sendo alcançados.

Entende-se por sistema, os termo originado da palavra *systém* compreende um conjunto de elementos que se relacionam, são interdependentes, inter-relacionados, influenciam–se mutuamente, produzem energia e formam uma totalidade/unidade num espaço geográfico e tempo constituído. Essa teoria opõe-se ao cartesianismo criado por Descartes (1596-1650) em 1619 com base na análise utilizando método analítico das partes. Sua teoria enfatiza que estudando a parte se conhece o todo, assim é uma teoria reducionista, hierárquica, mecanicista que considera o homem como uma máquina.

Mas o que é o ecossistema? Esse termo foi criado pelo ecologista Tansley em 1935, ao realizar estudos a respeito de plantas em seu estado natural, com base na ideia que elas vivem em comunidade e considerou que deveria haver preocupação com a sua estrutura e, assim, enfatizou a integração dos fatores bióticos e abióticos e a natureza, Assim, a ecologia como ciência estuda as relações dos organismos/elementos bióticos e abióticos como populações e comunidades e sua interação com o meio ambiente. Prosseguindo os estudos sobre o ecossistema ele definiu o ecossistema como a unidade funcional da ecologia.

Etimologicamente o termo ecossistema = ecosystem deriva do prefixo eco do grego oîkos = casa, espaço, realidade ambiente e do sufixo system = sistema, conjunto de elementos inter-relacionados que formam uma totalidade/unidade num espaço e tempo constituído. Por analogia, é possível, estudar/pesquisas serviços, ações, espaços, realidades assumindo o ecossistema e respectivos princípios como os norteadores para estudar as relações dos seus componentes e sua inter-relação com o espaço físico.

Atualmente, os princípios ecossistêmicos da interação, da inter-relação e interdependência vêm sendo continuamente estudados e aplicados em diversas pesquisas (PRIGOGINE, 2009; SANTOS, SIQUEIRA e SILVA, 2009; MATURANA; VARELA, 2011; ZALMBERLAN e SIQUEIRA, 2013; MEDEIROS e SIQUEIRA, 2013; SIQUEIRA et.al.,2018), entre outros, são importantes para o desenvolvimento e enriquecimento constante dos sistemas. Estes princípios, só emanam quando há relações entre os elementos que compõem a realidade em estudo, sejam eles vivos ou não vivos e o resultado dessas interações, se dão pelas trocas de informações, energia, ou matéria. Diante desta assertiva percebe-se que nada está isolado e que os organismos/elementos se influenciam mutuamente dentro de um espaço geográfico e de tempo demarcado. Essa maneira de enxergar o mundo como uma totalidade de seus componentes, formam a

unidade do Planeta Terra. Assim sendo, depende da definição da unidade a ser estudada, não importa o tamanho, pode ser uma gota de água ou um oceano. Têm-se, dessa maneira, uma nova forma de pensar, agir, pesquisar e construir algo novo com base no Pensamento Ecossistêmico(PE).

Foi sob esse conjunto de conhecimentos e discussões que surgiu a ideia de realizar essa Tese amparada e alicerçada no Pensamento Ecossistêmico. Pois, antes desse momento decisivo, não havia, despertado a imaginação a respeito da possibilidade de entender o fenômeno a ser estudado, sob essa linha de pensamento e que seria possível ao utilizar essa forma de estudo obter dados a respeito das ações desenvolvidas no trabalho dos enfermeiros das CIHDOTTs com vista ao aumento na captação e doação de órgãos e tecidos para transplante, à luz do Pensamento Ecossistêmico, na visão dos enfermeiros.

Nesta acepção foi necessário apreender que os princípios ecossistêmicos como a interação inter-relações, a interdependência, as influências mútuas, a cooperação permitem produzir energia, ocasionando muitas vezes mudanças e transformações positivas pois são relações dinâmicas envolvidas numa infinita e emaranhada teia relacional. Assim, as inter-relações entre os organismos/elementos da realidade constituída, produzem algo novo que não existe de modo isolado em nenhum dos elementos constituintes. Essas propriedades são de todos, assim, os resultados ou efeitos alcançados são disseminado, a todos os elementos que compõem o sistema/ecossistema (BERTALANFFY,2013; CAPRA, 2006; CAPRA e LUISI, 2014).

Quando o produto dessas interações são positivas e agregadoras ocorre dentro dos sistemas possibilidades de crescimento, evolução e transformação, exigindo dos sistemas outras relações e outras interações sucessivas, tornando os sistemas cada vez mais relacionados. Desse modo, tudo que ocorre nos sistemas ou ecossistema são frutos das relações entre seus componentes, ou da falta delas, e as influências exercidas entre os elementos constroem os comportamentos, as atitudes e possibilitam ao conjunto de elementos escolher o caminho a seguir. (PRIGOGINE, 2009).

Nesta linha de pensamento, as influências podem alterar os ecossistemas de modo positivo ou negativo. Assim, podemos perceber que as relações entre os elementos constituintes do sistema não são sempre favoráveis, levando por vezes, a desiquilíbrios nos sistemas e condenando-os ao declínio. (BERTALANFFY, 2013; PRIGOGINE, 2009; SANTOS, SIQUEIRA e SILVA, 2009; MATURANA; VARELA,

2011ZALMBERLAN; SIQUEIRA, 2013; MEDEIROS; SIQUEIRA, 2013; SIQUE; RA et. A; l., 2018).

Nesse contexto, percebi durante minha trajetória de mais de uma década como membro de CIHDOTT e de OPO, que o processo de doação ocorre sob a influência e interdependência de uma série de elementos que compõem o ecossistema hospitalar, como os profissionais, a família, a CIHDOTT, os recursos tecnológicos e farmacológicos do hospital, bem como, os elementos externos como a central de transplantes, IML, crenças e mitos da família entre outros. Estes componentes, podem levar a um desfecho ou não da doação de órgãos variando de acordo como essas relações se processam. Desse modo tornou-se pertinente a seguinte questão de pesquisa: Que ações desenvolvidas no trabalho dos enfermeiros das CIHDOTTs, da região sul do Brasil, possibilitam aumentar a captação e doação de órgãos e tecidos para transplante à luz do Pensamento Ecossistêmico? Na tentativa de sanar, as dúvidas que levaram a esse trabalho, levou-se em consideração a hipótese de que as ações dos enfermeiros de CIHDOTTs, poderiam influenciar de modo positivo os índices de doação de órgãos nos Estados do Sul do Brasil, Além do mais, ao comparar os dados entre os Estados descobrir as variáveis que poderiam ser determinantes para o aumento da doação de órgãos e tecidos.

Refletir a respeito da realidade onde tudo está conectado, e se influencia mutuamente, abre caminhos para novos modos de pensar e fazer os cuidados de enfermagem. Os enfermeiros de CIHDOTTs, desenvolvem o cuidados de enfermagem ao potencial doador e sua família, sem esquecer-se das suas atribuições burocráticas relativas aos processo de doação. As ações/atividades relativas ao processo de doação exigem constante contato com elementos extra-hospitalares como o IML para agilizar a entrega do corpo à família enlutada, ou inúmeras ligações para enviar resultados de exames para a Central de Transplante do Estado. Esses exemplos de cuidado são muitas vezes dificultados pela falta de estrutura dos serviços, falta de conhecimento por parte da equipe assistencial e da família, o que torna o trabalho do enfermeiro de CIHDOTTs, uma rotina estressante a ser cumprida. Mesmo assim, a literatura aponta o cuidado de enfermagem nas CIHDOTTs, como elemento chave para o sucesso, no programa de doação de órgãos. Esse profissional, é referenciado em vários estudos nacionais e internacionais sobre sua importante função no processo de doação de órgão e tecidos. (CAILLOUET-O'NEAL 2008; SHABANZADH 2009, MARCH et. al., 2012; FORESBERG et. al., 2014; EZERWINSKI 2014; GROOT et al 2014, HU e HUANG 2015; KOOCAY et al 2015; TOLFO E CAMPNOGARA 2017)

Retomando, muitas vezes, a questão que me inquietava, refletia sobre minha trajetória profissional e me questionava como o Rio Grande do Sul, possui índices inferiores aos outros Estados sulinos Santa Catarina e Paraná se somos semelhantes em quase tudo as características: a colonização, aspectos étnicos, índices culturais, religiosos, econômicos, mas no que e refere a transplantes, nosso estado se encontra muito aquém dos dois. Que diferenças há entre os Estados, que elevam seus índices de obtenção de órgãos acima dos índices gaúchos?

O Brasil reconhece a forte influência do enfermeiro no processo de doação de órgãos e ampara sua atuação ao citá-lo, juntamente com o médico, na legislação vigente, como sendo os únicos profissionais que podem ser coordenadores de CIHDOTTs brasileiras (BRASIL 2000, COFEN, 2004; BRASIL 2009,). Para que o processo de doação ocorra, é imprescindível que o possível doador esteja no ambiente hospitalar. Estudos mencionam que os cuidados relacionados ao potencial doador devem desenvolver-se, prioritariamente, em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com infraestrutura apropriada, recursos humanos especializados, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia (FREIRE et. al, 2014, KINHS et. al., 2015).

Nesse sentido, as responsabilidades do enfermeiro, no processo de doação e transplante de órgãos, evidencia que é um colaborador na equipe multiprofissional juntamente com outros especialistas, promovendo um cuidado de qualidade (COFEN, 2004; BRASIL, 2009; MENDES et al, 2012, TOLFO et al 2018), além disso, o enfermeiro coordenador de transplante tem a função de gerenciar o programa de transplante, coordenando as diversas etapas que compõem o período transoperatório em longo prazo, além de promover o cuidado a candidatos e receptores quando necessário (FÉLIX, 2018)

Muitos procedimentos, podem ser agilizados pelo enfermeiro devido ao seu acentuado dinamismo, desenvolvida capacidade de comunicação e inter-relação, podendo construir ligações sólidas, utilizando alguns princípios do ecossistema como relações, interdependência, influência mútua, entre outros. Estudos com enfermeiros demonstram que a boa comunicação, a relação interpessoal, as atitudes positivas que promovem relações de confiança são considerados fatores facilitadores no processo de doação de órgãos para transplante (CUNHA et al, 2016).

Foi assim, que se procurou nessa pesquisa sustentar a seguinte **TESE:** As ações desenvolvidas no trabalho dos enfermeiros das CIHDOTTs, da região sul do Brasil,

possibilitam aumentar a captação e doação de órgãos e tecidos para transplante à luz do Pensamento Ecossistêmico, na visão dos enfermeiros.

Com o propósito de confirmar ou avaliar a Tese elaborou-se como objetivo geral: Analisar as ações desenvolvidas no trabalho dos enfermeiros das CIHDOTTs, da região sul do Brasil, que possibilitam aumentar a captação e doação de órgãos e tecidos para transplante, à luz do Pensamento Ecossistêmico, na visão dos enfermeiros.

Por considerar e percebe que o mundo é conectado e inter-relacionado, não bastava apenas obter dados quantitativos ou qualitativos de modo isolado. Era preciso, integrá-los, conectá-los, e propor uma metodologia capaz de possibilitar que as fragilidades de um método, fossem supridos pela potencialidade do outro, e assim permitir desvelar o máximo do fenômeno estudado. Por isso, adotou-se o método misto de pesquisa. Uma metodologia, com estudo transversal, do tipo descritivo e exploratório, que segue as trajetórias da pesquisa de abordagem mista. Procurando contemplar a generalização da abordagem quantitativa com a complementaridade da abordagem qualitativa.

Atualmente, Creswell e Clark (2013) referem-se ao método misto como uma metodologia que coleta, analisa e interpreta resultados dos dados quantitativos e qualitativos em um único estudo ou em uma série de estudos. Os estudos de abordagem Mista buscam conectar e integrar os dados obtidos nas abordagens quantitativas e qualitativas, podendo-se a partir dos mesmos compreender que os métodos mistos proporcionam mais evidências para o estudo de um problema de pesquisa, do que a abordagem qualitativa ou quantitativa isoladamente (CRESWELL e CLARK, 2013). Esta ponderação vai ao encontro dos grandes pensadores sistêmicos ou ecossistêmicos que confirmam não ser possível entender o todo a partir de suas partes isoladamente (CAPRA 2006; PRIGOGINE, 2009; BERTALANFY 2013; CAPRA e LUISI, 2014; SENGE, 2017).

A coleta de dados, por meio da tecnologia digital, possibilitou diminuir a distância geográfica dos três espaços em estudo, otimizar o tempo e diminuir os custos, no qual 184 enfermeiros espalhados por uma extensão de terra de 576.768.459 Km^2 foram contatos em dois meses ao toque de um teclado, no conforto de minha residência. O questionário foi respondido em locais diversificados e horários inusitados, por meio de celulares, computadores e *tablets* com a única exigência de ter acesso a *internet*. Apesar das facilidades proporcionadas pela tecnologia, houve certos obstáculos que exigiram um maior empenho para alcançar todos os enfermeiros de CIHDOTTs e obter os dados para

esta pesquisa. A dificuldade na coleta de dados foi localizar os contados dos enfermeiros espalhados pelos três Estados. As Centrais Estaduais não dispunham de informações atualizadas, devido a grande rotatividade desses profissionais. Contudo, após várias estratégias, conseguiu-se enviar o questionário para 185 enfermeiros, conforme estimativa dos estados da região Sul do Brasil, obtendo 125 questionários respondidos.

Ressalta-se que a pesquisa mesmo não tendo como objetivo, revelou a presença marcante do profissional enfermeiro como coordenador de CIHDOTTs semelhantes em número as CIHDOTTs coordenadas por médicos, destacando sua importante atuação em programas de doação e transplantes de órgãos com sucesso. Fato que corrobora com a literatura que atribui a este profissional um desempenho respeitável e indispensável no processo de doação de órgãos. (CAILLOUET-O'NEAL 2008; SHABANZADH 2009; MARCH et al 2012; FORESBERG et al 2014; CEZERWINSKI 2014, GROOT et al 2014, HU e HUANG 2015, KOOCAY et al 2015; OLFO E CAMPNOGARA 2017).

Os resultados permitiram admitir as sete categorias elaboradas a *priori*, que forma discutidas e amparadas e analisadas pelas abordagens quantitativa e qualitativa, conforme segue:

O **primeiro, segundo e terceiro** grupo de dados, traçaram o perfil sociodemográfico, perfil funcional e a caracterização das CIHDOTTs, no intuito de obter informações que capazes de justificar ou solidificar ações ou atitudes dos enfermeiros. Percebeu-se características importantes quanto aos perfis que demonstraram que a maioria dos enfermeiros de CIHDOTT tem idade entre 31 e 40 anos, 70% possuem curso *latu sensu,* e que a grande parte dos coordenadores tem esse título no máximo há 5 anos. Estes dados permitiram contemplar os seguintes objetivos específicos: realizar levantamento das CIHDOTTs alocadas na região sul do Brasil e conhecer o perfil sócio demográfico e funcional dos enfermeiros integrantes das CIHDOTTs da região sul do Brasil.

O **quarto** grupo de dados, ações gerenciais do enfermeiro de CIHDOTTs na Região sul do Brasil, apresentou diferenças em algumas variáveis. Pôde-se contemplar que os dados referentes às ações burocráticas e gerenciais dos enfermeiros de CIHDOTTs, e descobrir como essas ações ocorrem e verificar se os enfermeiros são convidados a participarem delas. Esta categoria permitiu evidenciar em algumas variáveis diferenças significativas que podem estar relacionadas com os índices de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Para elucidar o exposto, foi revelado que nos Estados do Paraná e Santa Catarina, mais de 60% dos enfermeiros tem permissão para realizar medidas para alcançar

boas práticas na doação de órgãos, como por exemplo, realizar treinamento de funcionários, organizar grupos de reflexão sobre questões éticas, abordagens das famílias entre outras ações, enquanto no Rio Grande do Sul onde apenas 30% dos enfermeiros informaram ter sempre estas autorizações.

Tal evidencia quantitativa foi confirmada pela pesquisa qualitativa que por meio de relatos subjetivo, levantou a necessidade de uma valorização remunerada e dedicação exclusiva na CIHDOTT, como um meio para disponibilizar mais tempo e motivação extra para realizar as tarefas burocráticas das CIHDOTTs, acompanhamentos e registros de pacientes, busca ativa e entrevistas de familiares de possíveis doadores de órgãos. Pensar no hospital como um ecossistema é compreender que os elementos que o compõem são capazes de influenciar de modo positivo ou negativo a doação de órgãos e tecidos para transplante. Este conjunto de dados permitiu contemplar o objetivo específico: Identificar as ações gerenciais, das CIHDOTTs da região sul do Brasil.

O **quinto** grupo, denominado de ações da CIHDOTT direcionadas para os aspectos relacionais no ambiente intra e extra-hospitalar. Nessa categoria os dados e resultados foram referentes as ações voltadas aos aspectos relacionais intra e extra-hospitalar, tratou-se de descobrir como se dão estas relações entre os elementos que estão direta ou indiretamente ligados ao trabalho do enfermeiro inserido nas CIHDOTTs. Foram encontrado fatores importantes que ultrapassam ao restrito ambiente hospitalar. E assim assemelham-se aos ensinamentos de Bertalanfy (2013) em seu livro sobre a Teoria Geral dos Sistemas, que fala, que sistemas estão dentro de outros sistemas e que, a cada nível a complexidade dos sistemas tornam-se maiores.

Os dados apresentaram problemas de relacionamentos entre a CIHDOTT e outros setores, bem como a indisponibilidade de recursos tecnológicos. Do mesmo modo ficou demonstrado, por meio dos depoimentos/falas, as barreiras e dificuldades encontradas no ambiente intra e extra-hospitalar pelos profissionais enfermeiros que envolvem a logística do processo de doação, relacionado ao tempo em relação a demora pela Central de Transplantes em captar os órgãos; aos mitos e crenças religiosas, muitas vezes, errôneos acerca da doação de órgãos e os transplantes, foram vistas pelos enfermeiros como fatores que dificultam no processo de trabalho desses profissionais integrantes das CIHDOTTs.

Desse modo, as ações dos enfermeiros no ambiente intra e extra-hospitalar podem ser afetados por fatores variados como a logística do processo de doação de órgãos, o tempo para a finalização do processo de doação, mitos e crenças oriundas da sociedade, levando os enfermeiros de CIHDOTTs, a atuem de modo dinâmico a fim de superar estes

obstáculos. Apreciando assim, os objetivos específicos: Avaliar as ações das CIHDOTTs direcionadas para os aspectos relacionais no ambiente intra e extra-hospitalar; analisar os fatores e as barreiras, que na percepção dos enfermeiros, dificultam a doação de órgãos e tecidos para o transplante; e pesquisar os fatores que estimulam a possibilidade de aumentar os indicadores de doação de órgãos e tecidos.

No **sexto** grupo de dados ponderou-se sobre as ações dos enfermeiros de CIHDOTTs direcionadas ao cuidado do usuário possível doador e a família. As ações do enfermeiro relativas ao acolhimento familiar, pode ser um momento para conscientização ou desmistificação da morte encefálica e doação de órgãos. Além disso, segundo os dados da pesquisa, os cuidados dos enfermeiros são influenciados negativamente pelas equipes assistenciais, principalmente ao profissional médico e a falta de conhecimento sobre os processos que envolvem a doação de órgãos. Nesse sentido os enfermeiros relataram que cursos e o comprometimento da Central de Transplantes são facilitadores nesse processo de trabalho. Desse modo, alcança-se o objetivo específico de analisar os cuidados do enfermeiro ao doador de órgãos e sua família: possibilidade para aumento de doações.

O **sétimo** grupo de informações foi sobre as ações educativas realizadas pelos enfermeiros de CIHDOTTs. Os resultados qualitativos acerca das ações educativas em relação ao ingresso dos enfermeiros nas CIHDOTTs, vislumbram indicam que a capacitação, geralmente, é oferecida pela Central de Transplantes, OPOs e CIHDOTTs mas que, muitas vezes, os enfermeiros de CIHDOTTs, aprendem fazendo, acompanhando, por algum tempo, um colega mais experiente. Entretanto, esse aprendizado nem sempre é acompanhado de embasamento teórico. Também há o desconhecimento dos familiares e da sociedade em geral sobre a doação de órgãos que acarreta em empecilhos para o bom desenvolvimento do trabalho do enfermeiro. Foram descritas a divulgação, campanhas e mídia, tidas pelos enfermeiros como fatores que facilitam seu trabalho nas CIHDOTTs. Do mesmo modo, os enfermeiros acreditam que ações educativas voltadas para a capacitação dos profissionais, também, é uma alternativa viável para incrementar as taxas de doação de órgãos e tecidos.

Contudo, os dados quantitativos mostram que os enfermeiros de CIHDOTTs, as vezes ou raramente, executam ações educativas fora do ambiente hospitalar como palestras em escolas ou universidades em 62% dos casos, e esta frequência é percebida de modo uniforme entre os Estados analisados. Isso demonstra que os enfermeiros reconhecem que as ações educativas são importantes, mas na prática nãos são realizadas. Essa atitude pode estar relacionada a influências de outros elementos como a não

dedicação exclusiva à CIHDOTT no que se refere ao tempo destinado a comissão, visto que, a maioria dos enfermeiros exercem atividades de sobreaviso nas CIHDOTT, estando lotados em outras unidades hospitalares exercendo habitualmente a sua atividade laboral principal nesse espaço. Alcançando o objetivo específico: Analisar as ações educativas desenvolvidas pelas CIHDOTTs no ambiente intra e extra-hospitalar.

Durante o decorrer da análise, verificou-se que varáveis apresentaram distribuição semelhante em todos os cenários, não sendo, possível identificar variáveis que pudessem justificar as diferenças nos índices de obtenção de órgãos e tecidos entre eles. Outros dados, mostraram índices do p-valor muito próximo dos valores estipulados para este estudo (0,05), Mesmo assim, foram levados em consideração devido a disparidade encontrada entre os Estados podendo sugerir fatores relacionados as ações realizadas pelos enfermeiros de CIHDOTT. Por último, evidenciou-se variáveis com significância estatística.

Dentre as variáveis com significância estatística evidencia-se que 80% dos enfermeiros das CIHDOTTs, declararam possuir curso de coordenador de Transplantes. Assim sendo, a diferença estatística de (p=0,015), apontada na tabela de significância pode estar relacionado com os números de Santa Catarina que se destaca dos outros Estados com um índice de enfermeiros coordenadores (93,8%), muito além dos demais. Esse dado, sugere que o número expressivo de enfermeiros com curso de coordenador de transplantes é um dos fatore que pode estar associado aos bons índices de obtenção de órgãos deste Estado.

Os resultados evidenciam, também, que os enfermeiros que trabalham nas CIHDOTTs de modo exclusivo, segundo a tabela é significativo (p=0,001), onde o Estado do Paraná (37.8%) se destaca dos outros cenários com um alto número de enfermeiro dedicados exclusivamente à CIHDOTT. Dado que pode justificar o alto índice de doação de órgãos no Paraná. Esse dado está relacionado com à variável notificações de possíveis doadores, que mostrou diferença estatística significativa (p=0,006), onde, os enfermeiros dos Estados do Paraná e Santa Catarina informaram taxas acima de 20 notificações de potenciais doadores por ano em (37,8%), e (33,3%) respectivamente, enquanto, o Estado do Rio Grande do Sul apenas (12,5%) de suas CIHDOTTs possuem tal média de notificações.

Ao questionar os participantes se ao realizarem uma entrevista com os familiares seguem uma metodologia específica e se centra-se na possibilidade da aceitação da doação, (48,8%) responderam, que sempre agem desse modo. Os resultados dessa

questão, apesar de não estarem entre os valores de significância estabelecidos nesse estudo (p=0,05), ela apresentou valores muito aproximados (p=0,052). Isto pode estar relacionado com os índices gaúchos, tendo o Rio Grande do Sul (35%) dos participantes respondido que sempre atuam desse modo, ante aos Estados do Paraná com (54,1%) e de Santa Catarina com (56,3%). Também atenta-se nessa questão para os resultados do Rio Grande do Sul onde (22,5%) dos enfermeiros disseram que "as vezes" seguem uma metodologia específica centrada na doação de órgãos, enquanto Paraná apresenta índices de (13,5%) e Santa Catarina (4,2%).

Ao verificar com os enfermeiros se há recursos suficientes para a realização da entrevista, como sala reservada, apoio psicológico ou amparo social no seu hospital, a maior parte dos participantes do Paraná (78,4%) e Santa Catarina (79,1%) e Rio Grande do Sul (50%) responderam que sempre ou frequentemente tem acesso a esses recursos. Contudo esta questão apresentou um p-valor muito próximo dos valores estabelecidos (p=0,058) podendo estar relacionado aos dados do Rio Grande do Sul onde (32,5%) dos respondentes disseram que *às vezes* tem disponibilidade aos recursos acima mencionados, verifica-se uma diferença percentual quando comparado com o Estado do Paraná (10,85%) e Santa Catarina (16,7%).

Houve significância de no p-valor (p=0,013) ao questionar os enfermeiros se eles defendem um doador potencial contra qualquer forma de tratamento antiético. A comparação entre os estados possibilitou identificar que a associação significativa está presente estatisticamente entre Rio Grande do Sul e Santa Catarina (p=0,005). Esse dado, talvez possa estar relacionado aos (65%) dos enfermeiros do Rio Grande do Sul afirmaram que sempre defendem um possível doador, ante aos (93,8%) dos enfermeiros de Santa Catarina. Outro dado ressaltado nessa questão é que o Rio Grande do Sul é o único cenário, dentre os estudados, em que há enfermeiros que asseguraram nunca defender um potencial doador (7,5%).

Ao participar do processo de doação, (56%) dos enfermeiros se faz presente durante todo o tempo do processo, contudo há atingiu nível de significância p-valor (0,024) e ao comparar os cenários ficou evidente a associação significativa entre Rio Grande do Sul e Santa Catarina (p=0,021), podendo ser relacionado aos (40%) enfermeiros do Rio Grande do Sul, e (70,8%) dos enfermeiros de Santa Catarina, que responderam sempre estar junto durante todo o processo de doação.

Ao inquerir se as CIHDOTTs acompanham todos os usuários neurocríticos e realizam a busca ativa dos prováveis doadores, (62,4%) dos participantes responderam

que sempre fazem o acompanhamento e a busca ativa. Atingiu-se nível de significância (p=0,022) nessa questão, e, após comparar os cenários, observou-se associação significativa entre Rio Grande do Sul e Santa Catarina (p=0,004). Essa associação significativa pode estar relacionada aos (70,8%) dos enfermeiros de Santa Catarina garantirem que sempre fazem o acompanhamento e a busca ativa, frente aos (47,5%) dos enfermeiros do Rio Grande do Sul, responderem que executam estas ações.

Ao interrogar sobrea participação dos enfermeiros na construção de diretrizes, regimentos e guias para a doação de órgãos no seu departamento, seja ele UTI, Bloco, Emergência ou outros, de modo geral os enfermeiros responderam que sempre participam dessas construções em (47%), e frequentemente em (24%), e às vezes em (18,4%). Mesmo não apresentando significado estatisticamente (p=0,052), tal valor está muito próximo da significância estatística (p=0,05).

Prosseguindo, perguntou-se aos enfermeiros se lhe eram permitidos tomar medidas para alcançar boas práticas na doação de órgãos, como por exemplo, realizar treinamento de funcionários, organizar grupos de reflexão sobre questões éticas, abordagens das famílias entre outra ações, os enfermeiros declaram que de um modo geral (52,8%) sempre tem permissão para desempenhar tais ações. Esse dado é acompanhado pelos Estados do Paraná (67,61%) e Santa Catarina (60,41%), exceto no Rio Grande do Sul onde apenas (30%) dos enfermeiros informaram ter sempre essas permissões. Conforme Quadro 15, houve significância de (p=0,032) nessa variável e está associada ao comparar os Estados do Paraná *versus* Rio Grande do Sul (p=0,017) e Santa Catarina *versus* Rio Grande do Sul (p=0,031).

A importância da direção do hospital em prover área física e equipamentos adequados para gerenciamento, armazenamento de informações e documentos referentes à CIHDOTT, também, foi pesquisado e contatou-se que (41,6%) dos enfermeiros têm sempre estes recursos disponíveis. Alerta-se atenção para a frequência do raramente e nunca que juntas somam (32,5%) dos enfermeiros gaúchos, muito acima da média dos outros Estados, como Paraná (8,1%) e Santa Catarina (12,5%). A diferença está no comparativo entre Paraná e Rio Grande do Sul (p=0,033), onde Paraná está relacionado a (59,5%) dos enfermeiros sempre terem acesso aos recursos necessários disponibilizados pela direção do hospital, enquanto só (30%) dos enfermeiros do Rio Grande do Sul, possuem essa acessibilidade.

O estudo revelou também, que os enfermeiros sempre promovem a comunicação e a cooperação entre os diversos profissionais e setores de assistência a um doador

potencial em (61,6%) dos pacientes com possibilidade de doação de órgãos. Esse dado apresenta um p-valor não significativo (p=0,522). Esse achado é verificado nos estados quando observados separadamente, Estado do Paraná (67,6%), Estado de Santa Catarina (68,8%), e Rio Grande do Sul com (47,5%), tais valores são semelhantes quando se leva em conta a inter-relação entre os setores, como visto no decorrer desta Tese.

Na maioria das vezes, sempre há uma comunicação dos enfermeiros com os demais setores e profissionais que atuam no hospital. Essa relação é percebida em todos os Estados, mas, o Rio Grande do Sul apesenta as menores porcentagens nesse aspecto e mesmo não havendo significância estatística (p<0.05), esses dados chamam a atenção, porque o Estado do Rio Grande do Sul apresenta uma taxa de aproximadamente de 20% menor que os outros cenários analisados.

Se há um bom ambiente de trabalho e comunicação fluida dentro das UTIs, emergências ou bloco cirúrgico em relação à CIHDOTT, os participantes responderam que sempre e frequentemente há um bom ambiente de trabalho para (80,8%), dos respondentes e essa distribuição é acompanhada em todos os Estados: Paraná (81%), em Santa Catarina (89,6%), e no Rio Grande do Sul (70%). Atenta-se para os (20%) dos enfermeiros gaúchos que informaram que ÀS VEZES, há um bom ambiente de trabalho e comunicação fluida.

Houve significância no que se refere aos suportes tecnológicos, farmacológicos, espirituais e/ou psicológicos e estruturais (sala para entrevista familiar, por exemplo), necessários para a manutenção do potencial doador e amparo familiar, disponibilizados pelos hospital onde os participantes atuam (p=0,006) e isto foi evidenciado nos comparativos entre os Estados do Paraná e Rio Grande do Sul (p=0,004) e Santa Catarina e Rio Grande do Sul (p=0,006). Esse fato parece estar associado aos Estados do Paraná (51,4%) e Santa Catarina (50%) sempre terem acesso a tais suportes, enquanto o Rio Grande do Sul (45%) as vezes tem essa acessibilidade.

Também foi significativo (p=0,047) para os enfermeiros participantes quanto a sua coordenação da CIHDOTT, mantém um bom relacionamento com todos os integrantes do hospital e da própria CIHDOTT. No comparativo entres os cenários, foi confirmado que apenas Paraná e Santa Catarina apresentaram valor significativo (p=0,012). Isto pode estar relacionado aos (40,5%) dos enfermeiros paranaenses declararem que sempre há um bom relacionamento entre a coordenação da CIHDOTT e demais profissionais do hospital, enquanto em Santa Catarina, os enfermeiros afirmaram que 62,5% dos coordenadores de CIHDOTT mantém bom relacionamento com os

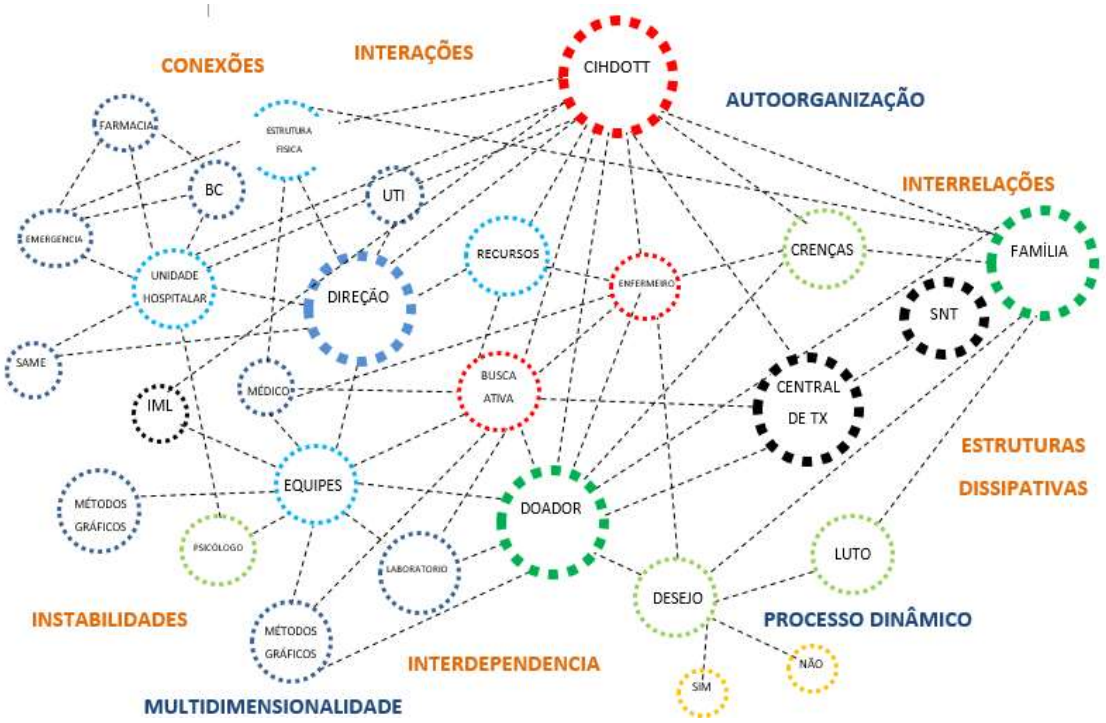
demais. Também, é perceptível que para estes mesmos cenários (18.9%) dos enfermeiros do Paraná alegaram que raramente a coordenação da CIHDOTT mantem um bom relacionamento com os demais integrantes e profissionais do hospital, ante (2.1%) dos catarinenses.

Percebe-se, que os dados e resultados encontram-se apoiados no princípios sistêmicos da interdependência, da inter-relação, da influência mútua, fazem parte e interferem no fazer dos enfermeiros de CIHDOTTs, permitindo a esses profissionais olhar os organismos/elementos do espaço interno e externo da totalidade/unidade hospitalar. Isso significa que é preciso compreender os elementos/organismos existentes nesse espaço, e seus graus de interdependência e interação porque, poderão favorecer ou não o processo de doação, pois, quanto maior no sentido da troca positiva, mais forte, frequente e diversificada a interdependência se torna, com possibilidades de mudanças, transformações e avanços positivos. À medida que o relacionamento se desenvolve positivamente, a atitude da cooperação e compartilhamento tornam o ambiente favorável a influências mútuas, beneficiando a todos os envolvidos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

A análise das ações desenvolvidas no trabalho dos enfermeiros das CIHDOTTs dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, referentes as ações gerenciais, ações relacionais no ambiente intra e extra-hospitalar, ações de cuidado ao potencial doador e sua família e ações educativas, destacadas nas situações acima, e verificadas as respectivas significâncias, conforme demostrado ao longa da pesquisa e devidamente documentados, são capazes de influenciar positivamente, no aumento das taxas de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Assim sendo é possível sustentar a TESE: **As ações desenvolvidas no trabalho dos enfermeiros das CIHDOTTs, da região sul do Brasil, possibilitam aumentar a captação e doação de órgãos e tecidos para transplante à luz do Pensamento Ecossistêmico, na visão dos enfermeiros.**

Quanto ao Ecossistema hospitalar pode ser representado conforme a figura 19, apresentada a seguir:

Figura 19: Representação gráfica do Ecossistema Hospitalar: principais elementos abiótico e ,bióticos em relação à doaçãode órgãos e tecidos para transplante e sua interação com os princípios do Pensamento Ecossistêmico



LEGENDA

: Aspectos que envolve os usuários e suas famílias;

: Elementos e ecossistemas extra-hospitalares;

: Elementos do ecossistema intra-hospitalar;

: Elementos da CIHDOTT;

Desse modo, pensar o ambiente hospitalar como um ecossistema e a doação de órgãos e tecidos é percebê-lo em um tempo e espaço apurado, com múltiplos elementos vivos e não vivos, que continuamente se inter-relacionam, cooperam e interagem, resultando em uma grande teia relacional e complexa, onde à interdependência entre os elementos/organismos, que o constituem e respectivas inter-relações e influências positivas ou negativas convergem ou não para a doação de órgãos e tecidos para fins de transplantes.

Neste ecossistema hospitalar, olhando para a temática doação de órgãos e tecidos para transplante, apesar de tudo estar em inter-relação, nada se encontra em separado, destaca-se que o enfermeiro é um elemento importante nesse ambiente, com grande

habilidade relacional, conhecimento, controle emocional é capaz de gerar ações, minimizar possíveis dificuldades e obstáculos, incentiva, proporcionar auxílio e conforto no sofrimento alheio e participar, positivamente, no processo de doação de órgãos, na intenção de aumentar os índices de obtenção de órgãos e tecidos para transplantes. Assim, esses profissionais, para manter-se atualizados e energizados, carecem de capacitação permanente e aperfeiçoamento para desempenhar a função de membro de CIHDOTT com segurança, confiança e autonomia.

REFERÊNCIAS

ABOUNA, George M. **Ethical issues in organ transplantation.** Medical Principles and Practice, v. 12, n. 1, p. 54-69, 2003.

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

ABREU, I de S . AMBIENTE, H. E. P. D. M., VISTAS, C. **A manutenção do equilíbrio ecológico: uma análise a partir do conceito de justiça em Aristóteles**. 2013

ABTO – Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado**.São Paulo – SP. 2016

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

ABTO. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. **Dados globais da atividade de captação de órgãos por estado no ano de 2014.** Registro Brasileiro de Transplantes, v.17 2014.

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

ABTO. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2011 - 2018)** Registro Brasileiro de Transplante, v.24, n.4, 2018.

ABTO. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado de (Jan a Jun de 2019)** Registro Brasileiro de Transplante, v.25, n.2, 2019.

ADAMS, D.C. (2008), "**Gaga for Google in the twenty-first century advanced placement language classroom"**, The Clearing House: A Journal of Educational Strategies, Issues and Ideas, Vol. 82 No. 2, pp. 96-100

AGRANONIK, Marilyn; HIRAKATA, Vânia Naomi. Cálculo de tamanho de amostra: proporções. **Revista HCPA. Porto Alegre. Vol. 31, n. 3,(2011), p. 382-388**, 2011.

AGUIAR, F., & MOREIRA, J. (2016). **Educação Permanente em Saúde: a Problemática da Doação de Órgãos.** Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas, 17(2), 153-163.

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

AMIB, Associação de Médicos Intensivistasdo Brasil. **Comitê AMIB de Doação e Transplante.** Cristiano Franke, Joel de Andrade, André Neves Albuquerque, Luana Tannous e Glauco Westphal. 2014

Andrade Júnior EO, Andrade EO. Lexical analysis of the Code of Medical Ethics of the Federal Council of Medicine. AMB Rev Assoc Med Bras. 2016;62(2):123-30.

ARAÚJO, M. N., & MASSAROLLO, M. C. K. B. (2014). **Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros no processo de doação de órgãos.** Órgão Oficial de Divulgação Científica da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, 27(3), 215-20.

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

BACKES, D. S., ZAMBERLAN, C., COLOMÉ, J., SOUZA, M. T., MARCHIORI, M. T., M. (2016). **Interatividade sistêmica entre os conceitos interdependentes de cuidado de enfermagem.** Aquichan, 16(1), 24-31.

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

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BARRETO, Bruna Souza et al. **Fatores relacionados à não doação de órgãos de potenciais doadores no estado de Sergipe, Brasil**. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research, v. 18, n. 3, p. 40-48, 2016.

BARROSO, Marta; COUTINHO, Clara. Utilização da ferramenta Google Docs no Ensino das Ciências Naturais. Um Estudo com alunos do 8ºano de escolaridade. **Informatica Educativa Comunicaciones**, v. 5, n. 9, 2009.

BEECHER, H. **Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain-death: A definition of irreversible coma**. Special communication: report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. JAMA, v. 205, p. 337-340, 1968.

Bertalanfy L.V. **Teoria geral dos sistemas**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2013.

BIBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. Disponível em: http://www.bibliacatolica.com.br/. Acesso em: 28 jun. 2017.

BONAMIGO, E. L., CASARA, M. E. M., & RODRIGUES, A. P. (2015) **Humanizando a comunicação de morte e a captação de órgão**s. Anais de Medicina.

BRASIL, **LEI 5.479/1968** (Lei Ordinária). Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências. 1968.

BRASIL, **LEI Nº 9.434, DE 4 DE FEVEREIRO DE 1997.** Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. 1992.

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

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 8.783 de 6 de junho de 2016**. Dispõem sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8783.htm

BRASIL. **Lei 9434/97**. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências. 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis /l9434.htm. Acesso em: 17 jun. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.489, de 18 de Novembro de 1992: Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências. Disponível em https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1992/lei-8489-18-novembro-1992-363720-publicacaooriginal-1-pl.html. Acesso em fevereiro de 2020.

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº.2.600.** 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html.Acesso em: 22 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia**. – 2. ed., 3. reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de avaliação de programa:Programa Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos**; Relator Ministro Marcos Vinicius Vilaça. – Brasília : TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2006.

CAILLOUET-O'Neal, C., BOOKER, Q.G. **Converting Family Advocates to Level 1 Recovery Coordinators** (2008) Transplantation Proceedings, 40 (4), pp. 1041-1043.

CAMUT, S., BAUMANN, A., DUBOIS, V., DUCROCQ, X., AUDIBERT, G. **Non-therapeutic intensive care for organ donation: A healthcare professionals' opinion survey** (2016) Nursing Ethics, 23 (2), pp. 191-202. Cited 1 time.

CAPRA F, & LUISI, P. L. **Visão sistêmica da vida. Uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas**. Tradução Mayra Teruya Eichemberg e Newton Roberval Eichemberg. São Paulo: Ed. Cultrix; 2014.

CAPRA, F. **Teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARVALHO, Felipe Cotrim; JÁCOME, Marília de Queiroz Dias. **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA: ATUAÇÃO DOS CEP E SUA COMUNICAÇÃO COM A COMUNIDADE ACADÊMICA**. Programa de Iniciação Científica-PIC/UniCEUB-Relatórios de Pesquisa, n. 2, 2018.

CATÃO, Marconi. **A moderna tecnologia médica dos transplantes e o ordenamento jurídico brasileiro**. Dat@ venia, v. 2, n. 1, p. 26-45, 2016.

COELHO, C. B. O., & SILVA, D. S. (2012). **Considerações da psicologia hospitalar sobre a entrevista familiar na doação de órgãos e tecidos**. JBT, 15(4), 1703.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-292/2004**. 2004. Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. Disponível em: www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2922004_4328.html. Acesso em: 23 ago. 2013.

CRISTMALS CD, GROSS JJ. **An integrative literature review framework for postgraduate nursing research reviews**. European Journal of Research in Medical Science [Internet]. 2017 [cited 2017];5(1):7-15. Available from: http://www.idpublications.org/wp-content/uploads/2016/12/full-paper-an-integrative-literature-review-framework-for-postgraduate-nursing-research-reviews.pdf

CUENDE, J. F. CAÑON, M. ALONSO, C. MARTÍN, E. SAGREDO y B. MIRANDA, Con la colaboración del Grupo de Trabajo del Programa de Garantía de Calidad: J. Álvarez, M. Lara, D. Escudero5, T. Pont y J. Romero. **Metodología del procedimiento de evaluación externa del programa de garantía de calidad de la Organización Nacional de Trasplantes Nefrología** 2003;23(5):50-62

CUNHA, M., RIBEIRO, O., VIEIRA, C., PINTO, F., ALVES, L., SANTOS, R., ... & ANDRADE, V. (2016). **Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura.** Millenium, (38), 271-282.

CZERWINSKI, J., DANEK, T., TRUJNARA, M., PARULSKI, A., DANIELEWCIS, R. **System of donor hospital transplant coordinators maintained and financed by national transplant organization improves donation rates, but it is effective only in one half of hospitals** (2014) Transplantation Proceedings, 46 (8), pp. 2501-2504. Cited 3 times.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. In: **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Artmed, 2006.

DJENNO, M., INUSA, G. M., & PHO, A. (2015). **From paper to pixels: using Google Forms for collaboration and assessment.** *Library Hi Tech News*, *32*(4), 9-13.

ERTIN, H.; HARMANCI, A.K.; MAHMUTOGLU, F.S.; BASAGAOGLU, I. **Nurse-focused ethical solutions to problems in organ transplantation.** Nurs Ethics**,** v.17, n.6, p.705-14, nov. 2010.

ESPANHA. **Ley 30-1979 Extraccion y transplante de órganos**. Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extraccion y transplante de órgamos. Disponível em [http://www.ont.es/infesp/Paginas/LegislacionBasica.aspx]

ESPANHA. **Organizacion Nacional de Transplantes - ONT**. 2016. Disponivel em [http://www.ont.es/Paginas/Home.aspx]

ESPANHA. Organizácion Nacional de Transplantes – ONT. **Guia de buenas práticas em donacion de órganos.**Disponível em [http://www.ont.es/publicaciones/Documents/GUIA_BUENAS_PRACTICAS_DONACION_ORGANOS.pdf] 2011

ESPANHA. **REAL DECRETO 411/1996**. Real Decreto 411/1996 de 1 de Marzo por el que se regulan las atividades relativas a la utilizacion de tejidos humanos. Disponível em [http://www.ont.es/infesp/Paginas/LegislacionNacional.aspx]

EUA, Estados Unidos da América**. Uniform Determination of Death Act. NATIONAL CONFERENCE OF COMMISSIONERS ON UNIFORM STATE LAWS, HAWAII JULY 26 – AUGUST 1, 1980.** With prefatory note approved by the American Medical Association October 19, 1980, p. 03.

EUROTRANSPLANT. **Report Annual.** Deceased donos used, per million population, by year, by donor country. Disponível em: http://www.eurotransplant.org. Acesso em: 13 jul. 2016.

FANTE E. M, MORAES, C. H. de. **Entender a Interdependência e a Complexificação dos Sistemas: Uma Saída para o Jornalismo**. Rev. Razón y Palabra . N. 78 Nov 2011 - Jan 2012. www.razonypalabra.org.mx

FIELD, A. (2013). **Discovering statistics using IBM SPSS statistics**. Sage. Ed. Artmed. 2 edição.

FLODEN, A.; FORSBERG, A. **A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors.**Intensive Crit Care Nurs, 2009.

FONSECA, M.A.A.; CARVALHO, A.M. **Fragmentos da Vida: Representações Sociais de doação de Órgãos e Transplantes**. Rev Interações, UFMG, v.10, n.20, p.85-108, jul. dez. 2005.

FORESBERG, A, et al. "**The core of after death care in relation to organ donation–A grounded theory study.**" Intensive and Critical Care Nursing 30.5 (2014): 275-282.

FORSBERG, A., LENNERLING, A., FRIDH, I., RIZELL, M., LOVÉN, C., & FLODÉN, A. (2015). **Attitudes towards organ donor advocacy among Swedish intensive care nurses**. Nursing in critical care, 20(3), 126-133.

FRANZEN, J., KOCHER, M. and KEMPF, J. (2011), **"Google Forms for staff self-assessment"**, College & Research Libraries News, Vol. 72 No. 10, pp. 587-591.

FREIRE, I L S et al. **Facilitadores e barreiras na efetividade da doação de órgãos e tecidos**. Texto & Contexto Enferm, v. 23, n. 4, p. 925-34, 2014.

FREITAS, M., MELO, G. D. S. M., COSTA, I., FERNANDES, K., & TORRES, G. D. V. (2014). **Compreensão da equipe de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos**. Enfermeria Global, 13(4), 179-192.

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. **Brevidelli MM, Sertório SCM. Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. São Paulo: Iátrica**, p. 105-26, 2010.

GARCIA, V.D. **Artigo Especial: A política de transplantes no Brasil**. Rev AMRIGS, Porto Alegre, v.50, n.4, p.313-20, out. dez. 2006.

GIL, Antonio Carlos. Amostragem na pesquisa social. **Gil AC, organizador. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas**, p. 90-109, 2010.

GOLDIM, J.R. **Bioética, aspectos fundamentais: Aspectos Éticos dos transplantes de órgãos.** UFRGS. 2005. Disponivel em: http://www.ufrgs.br/bioetica/transprt.htm. Acesso em: 3 set. 2013.

GOMES, A.M. **Desenvolvimento histórico da prática assistencial em cuidados intensivos no Brasil.** In: VIANA, R.A.P.P.; WHITAKER, I.Y... [et al.]. Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 21-26.

GOOGLE. **Google Earth-Mapas**. Disponível em: https://earth.google.com/web/@-26.30096431,-50.99214868,1159.6802396a,1990435.94816387d,35y,0h,0t,0r. [Acesso em 09/10/2019]

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ; Secretaria de Saúde; superintendência de gestão de sistemas de saúde; **sistema estadual de transplantes: plano estadual de doação e transplantes de órgãos e tecidos 2018 – 2022**. Disponível [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Plano_Estadual_de_Doacao_e_Transplante_PARANA_19_09_2018.pdf] acesso em 10/10/2019.

GOVERNO DO PARANÁ. **«Regionalização Administrativa» (PDF)**. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Consultado em 4 de fevereiro de 2012

GROOT, J., VERNOOIJ-DASSEN, M., de VRIES, A., HOEDEMAEKERS, C., HOITSMA, A., SMEETS, W., VAN LEEUWEN, E. **Intensive care staff, the donation request and relatives' satisfaction with the decision: A focus group study** (2014) BMC Anesthesiology, 14, art. no. 52, . Cited 1 time.

HAIR JR, Joseph F. et al. **Fundamentos de Pesquisa de Marketing-3**. AMGH Editora, 2014.

HARPE, Spencer E**. How to analyze Likert and other rating scale data.** Currents in Pharmacy Teaching and Learning, v. 7, n. 6, p. 836-850, 2015.

HART, J.L.; KONH, R.; HALPERN, S. **Perceptions of organ donation after circulatory determination of death among critical care physicians and nurses: A national survey**.Crit Care Med, v.40, n. 9, 2012.

HOSTE, **Pieter et al. Recommendations for further improvement of the deceased organ donation process in Belgium.** Acta Clinica Belgica, v. 71, n. 5, p. 303-312, 2016.

HU, D., HUANG, H. **Knowledge, Attitudes, and Willingness Toward Organ Donation among Health Professionals in China**(2015) Transplantation, 99 (7), pp. 1379-1385. Cited 8 times.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **«Área Territorial Oficial - Consulta por Unidade da Federação»**. Consultado em 9 de setembro de 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **«Contas Regionais do Brasil 2014: Produto Interno Bruto - PIB e participação das Grandes Regiões e Unidades da Federação»**. IBGE. 28 de novembro de 2016. Consultado em 8 de dezembro de 2016.

IUAMOTO, Leandro Ryuchi et al. **Transplante de órgãos pélvicos: uma nova proposta de tratamento para incontinência fecal e urinária**. Revista de Medicina, v. 94, n. 1, p. 36-45, 2015.

JEON, K. O., KIM, B. N., KIM, H. S., BYEON, N. I., HONG, J. J., BAE, S. H., & SON, S. Y. (2012, May). **A study on knowledge and attitude toward brain death and organ retrieval among health care professionals in Korea.** In Transplantation proceedings (Vol. 44, No. 4, pp. 859-861). Elsevier.

JOHNSON, R.; ONWUEGBUZIE, A. Mixed methods research: a research paradigm whose time has come. Educational Researcher, v. 33, n. 7, p. 14–26, 2004.

KIND, L. **Máquinas e argumentos: das tecnologias de suporte da vida à definição de morte cerebral.** HistCiênSaúde, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.1, 2009.

KNIHS, N. D. S., ROZA, B. D. A., SCHIRMER, J., & FERRAZ, A. S. (2015). **Application of Spanish quality instruments about organ donation and tranplants validated in pilot hospitals in Santa Catarina.** Jornal Brasileiro de Nefrologia, 37(3), 323-332.

KOCAAY, A.F., CELIK, S.U., EKER, T., OKSUZ, N.E., AKYOL, C., TUZUNER, A. **Brain Death and Organ Donation: Knowledge, Awareness, and Attitudes of Medical, Law, Divinity, Nursing, and Communication Students** (2015) Transplantation Proceedings, 47 (5), pp. 1244-1248.

KOMAROFF, A. **Remembering Dr. Joseph Murray:** a surgeon who changed the world of medicine. Harvard Health Publications. Disponível em: http://www.health.harvard.edu/blog/remembering-dr-joseph-murray-a-surgeon-who-changed-the-world-of-medicine-201211285590. 2012. Acesso em: 23 ago. 2013.

Maciel, Marcos Euzébio (5 de março de 2007). G**enes do biometabolismo: aspectos populacionais em euro-descendentes e afro-descendentes do sul do Brasi**l(Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Paraná. Consultado em 19 de dezembro de 2016.

MALLETTE, M., & BARONE, D. (2013). **On using Google forms**. *The Reading Teacher*, *66*(8), 625-630.

MARCK, C.H., WEILAND, T.J., NEATE, S.L., HICKEY, B.B., JELINEK, G.A. **Australian emergency doctors' and nurses' acceptance and knowledge regarding brain death: A national survey** (2012) Clinical Transplantation, 26 (3), . Cited 7 times.

MARINHO ER. **As relações de poder segundo Michel Foucault**. e-Revista Facitec - ISSN 1981-3511, v. 2, n. 2, Art. 2, dez. 2008.

MAYRING, Philipp. **Mixed methodology in psychological research**. Sense Publishers, 2007.

MARQUÉS-LESPIER, J. M., ORTIZ-VEGA, N. M., SÁNCHEZ, M. C., SOTO-AVILÉS, O. E., & TORRES, E. A. (2013). **Knowledge of and attitudes toward organ donation: a survey of medical students in Puerto Rico**. *Puerto Rico health sciences journal*, *32*(4).

MARTINI, M.; FERNANDES, M.F.O.; MARTINS, A.S.; GUERINO, S.R.; NOGUEIRA, G.P. **O papel do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos**. Rev Bras Ciênc Saúde, v.6, n.18, 2008.

MATESANZ R, DOMÍNGUEZ B, COLL E, de la Rosa G, MARAZUELA R. **Spanish experience as a leading country: what kind of measures were taken?** Transpl Int. 2011 Apr;24(4):333-43. doi: 10.1111/j.1432-2277.2010.01204.x. Epub 2011 Jan 6.

MATESANZ, Rafael; MIRANDA, Blanca. A decade of continuous improvement in cadaveric organ donation: the Spanish model. **Journal of nephrology**, v. 15, n. 1, p. 22-28, 2002.

MATIS, G.K.;CHRYSOU, O.I.; SILVA, D.; BIRBLIS T.A. **Brain Death: History, Updated Guidelines And Unanswered Questions**. Internet J Neurosurgery, v.8. n.1, 2012.

MATURANA, H.R.; VARELA, F.J. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. São Paulo: Palas Athenas, 9ª Edição, 2011.

MEDEIROS, A C. **Gestão do cuidado de enfermagem na UTI: configuração ecossistêmica com base teórico-filosófica e organizativa nas políticas públicas**. 2013. 281p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande, 2013. Linha de Pesquisa: Trabalho da Enfermagem/Saúde

MENDES, K.D.S.; ROZA, B.A.; BARBOSA, S.F.F.; SCHIRMER, J.; GALVÃO, C.M. **Transplante de Órgãos e Tecidos: responsabilidades do enfermeiro.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.21, n.4, p.945-53, 2012.

MEYER, K.; BJORK, I.T.; EIDE, H. **Intensive care nurses' perceptions of their professional competence in the organ donor process: a national survey.J Adv Nurs**, v.68, n.1, p.104-15, 2012.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Lingua Portuguesa.** 2017. Disponível em [http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/TRABALHO]

MOLLARET, P; GOULON M. **Le coma dépassé (mémoire prélininaire)**= The depassed coma (preliminary memoir). Revueneurologique, v. 101, n. 1, p. 3-15, 1959.

MONTEZELLII, J.H. et al. **Demandas institucionais e de cuidado no gerenciamento de enfermeiro no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro**. Rev Bras Enferm, v.64, n.2, p.348-54, 2011.

NETO, Helena Brum; BEZZI, Meri Lourdes. **Regiões culturais: a construção de identidades culturais no Rio Grande do Sul e sua manifestação na paisagem gaúcha**. Revista Sociedade & Natureza, v. 20, n. 2, 2007.

NETO, Y.C. **Morte encefálica: cinquenta anos além do coma profundo**. Rev Bras Saúde Matern Infant, Recife, v.10, Supl.2, p.S355-S361, 2010.

NEVES M, F S; PEREIRA, R; VIANNA, R; ARAÚJO, A R B; GITAÍ; SILVA, D A; WOLFGRAMM, E V; PONTES, I M; AGUIAR, J I; MORAE, M O; CARVALHO, E F de; GUSMMÃO, L (2013). **«Revisiting the Genetic Ancestry of Brazilians Using Autosomal AIM-Indels».** doi:10.1371/journal.pone.0075145. Consultado em 19 de dezembro de 2016

NEVES Manta, F. S., PEREIRA, R., VIANNA, R., de ARAÚJO, A. R. B., GITAÍ, D. L. G., da SILVA, D. A., de CARVALHO, E. F. (2013). **Revisiting the genetic ancestry of Brazilians using autosomal AIM-Indels**. *PloS one*, *8*(9), e75145.

NORONHA, M.G.O.; SETER, G.B.; PERINI, L.D.; SALLES, F.M.O.; NOGARA, M.A.S. **Estudo do perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos e motivos da não doação no Hospital Santa Isabel em Blumenau, SC**. Rev AMRIGS, Porto Alegre, v.56, n.3, p.199-203, jul. set. 2012.

ODUM ,E. P. **Fundamentos de Ecologia.** 6ª ed. São Paulo: Fundação Calouste Gulbenkian , 2004

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Trasplante de órganos y tejidos humanos.** 63.ª Asamblea Mundial de La Salud. WHA 63.22 Punto 11.21 delordendeldía 21 de mayo de 2010

ONU. Organización Mundial de la Salud. **Trasplante de órganos y tejidos humanos**. Consejo Ejecutivo EB123/5. 123ª reunión 18 de abril de 2008. Punto 5 del orden del día provisional. Informe de la Secretaría. 2008.

ONUBR. Organização das Nações Unidas no Brasil. **Boletim Da ONU**. Edição de 17 de abril de 2019. Disponível em: www.nacoesunidas.org/boletim274. Acesso em 9/10/2019.

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.

PESSOA, J LE; SCHIRMER, J; ROZA, B A. **Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos.** Acta Paulista de Enfermagem, 2013.

PESTANA, A. L., dos SANTOS, J. L. G., ERDMANN, R. H., da SILVA, E. L., & ERDMANN, A. L. (2013). **Pensamento Lean e cuidado do usuário em morte encefálica no processo de doação de órgãos**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 47(1), 258-264.

POLIT, D F.; BECK, C T; HUNGLER, BP. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRIGOGINE I. **Ciência, razão e paixão**. São Paulo: Livraria da Física; 2009.

Radar IDHM : **Evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017.** – Brasília : IPEA : PNUD : FJP, 2019. 65 p. : il., gráfs., mapas color. ISBN: 978-85-7811-350-6

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul: **RESOLUÇÃO Nº 189/13** – CIB / RS 20. Disponível em https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170252/23105238-1370888969-cibr189-13.pdf. Acesso em 11/10/2019.

SANTA CASA DE MISERICÓRIDA DE PORTO ALEGRE. Disponível em: https://www.santacasa.org.br/. Acesso em 11/10/2019.

SANTOS MC, SIQUIERA HCH, SILVA JRS. **Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ações do enfermeiro.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 dez;30(4):750-

SANTOS, M.J.; MASSAROLLO, M.C.K.B. **Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante**. Acta Paul Enferm, v.24, n.4, p.472-8, 2011.

SANTOS, M.J.; MORAES, E.L.; MASSAROLLO, M.C.K.B. **Comunicação de más notícias: dilemas éticos: frente à situação de morte encefálica**. Rev O Mundo da Saúde, São Paulo, v.36, n.1, p.34-40, 2012.

SANTOS, R. P., & ROCHA, D. L. B. (2014). **Qualidade de vida pós-transplante renal: revisão integrativa.** Enfermería Nefrológica, 17(1), 51-58.

SC TRANSPLANTES. SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE. GOVERNO DE SANTA CATARINA. **Dados de Doação e Transplantes em Santa Catarina**. Disponível em :http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php/estatisticas/file/189-estatisticas-2019 Acesso em 11/10/2019

SEMPREBON, E., MAFFEZZOLLI, E. C. F., RIBEIRO, C. M., & PRADO, P. H. M. (2014). **A importância da interdependência no relacionamento com marcas.** REGE-Revista de Gestão, 21(4), 561-577.

SENGE, P. M. **A Quinta Disciplina**. 25ª. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2017.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. Cortez 230ditor, 2017.

SHABANZADEH, A.P., SADR, S.S., GHAFARI, A., NOZARI, B.H., TOUSHIH, M. **Organ and Tissue Donation Knowledge Among Intensive Care Unit Nurses** (2009) Transplantation Proceedings, 41 (5), pp. 1480-1482. Cited 15 times.

SILVA S. B., CAULLIRAUX, H. M., AARUJO, C. A. S., & ROCHA, E. (2016). **Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil Cost comparison of kidney transplant versus dialysis in Brazil Una comparación de los costes del trasplante renal.** Cad. Saúde Pública, 32(6), e00013515.

SILVA, A. A., TERRA, M. G., GONÇALVESs, M. O., & SOUTO, V. T. (2015). **O Cuidado de si entre Profissionais de Enfermagem: Revisão das Dissertações e Teses Brasileiras**. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, *18*(4), 345-352.

SILVA, T.O.; SILVA, A.L.F.; BARBOSA, A.C.; JUNIOR, A.P.C. **Morte: percepção de enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva do Hospital Municipal**

Milton Pessoal Morbeck. Rev Interdisciplinar, UNIVAR, v.1, n. 11, p. 102-6, 2014. Disponível em: http://revista.univar.edu.br . Acesso em: 2 ago. 2013.

SIQUEIRA, H.C.H. **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar: um novo modo de pensar e agir.** [tese] Florianópolis (SC): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

SMUTS, J. C. (1996). **Holism and evolution.** New York: The Gestalt Journal Press (Original de 1926).

SOUZA, A T et al. **A Atuação do Enfermeiro no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa. Revista Interdisciplinar,** v. 7, n. 3, p. 138-148, 2014.

SVALDI J S D, SIQUEIRA HCH de. **Healthy and sustainable clinical environment in the ecossystemic perspective: contributions of the nursing area.** Esc. Anna Nery[Internet]. 201014(3): 599-604. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-14520100003000 23&lng=pt.http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300023.4

SWAIN, S**. The role of clinical nurse educators in organ procurement organizations.** Prog Transplant, v.21, n.4, p.284-7, 2011.

TANSLEY, A. G. (1935). **The use and abuse of vegetational concepts and terms. Ecology,** 16(3), 284-307.

TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. Mixed methodology: combining qualitative and quantitative approaches. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998.

TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences. In Tashakkori, A.; Teddlie, C. (Eds.). Handbook of mixed methods in social and behavioral research. Thousand Oaks, CA: Sage; 2003. pp. 3–50.

TAYLOR, L. and DOEHLER, K. (2014), "**Using online surveys to promote and assess learning"**, Teaching Statistics, Vol. 36 No. 2, pp. 34-40.

TEIXEIRA, R.K.C.; GONÇALVES, T.B.; SILVA, J.A.C. **A intenção de doar órgãos é influenciada pelo conhecimento populacional sobre morte encefálica?** Rev Bras Ter Intensiva, v.24, n.3, p.258-62, 2012.

TOLFO, F. (2015). **Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes: papel do enfermeiro.** Dissertação de Mestrado. Professor orientador: Silviamar Camponogara. Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – RS. Brasil.

TOLFO, F., & CAMPONOGARA, S. (2016). **O papel do enfermeiro frente ao processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa.** Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia, 13(54), 5.

TORRES, J. J. M. (2015). **Teoria da complexidade: uma nova visão de mundo para a estratégia**. Revista Integra Educativa, 2(2).

TREY T, SHARIF A, SCHWARZ A, FIATRONEM, LAVEE J. **Transplant Medicine in China: Need for Transparency and International Scrutiny Remains**. Am J Transplant 2016; 16(11):3115-3120.

VICTORA, C.; KNAUT, D.R.; HASSEN, M.N. **A pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo, 2000.

WESTPHAL, G. A, GARCIA, V. D., SOUZA R. L. D, FRANKE, C. A, VIEIRA, K. D, BIERCKHOLZ,V.R.Z & WANZUITA, R (2016).**Guindelines for theassessment and acceptance of potential BR ain-de ad organ donors,** Revista Brasileira deTerapia Intensiva, 2893), 220-255.

WIJDICKS, E.F.; VARELAS, P.N.; GRONSETH, G.S.; GEER, D.M. **Artigo Especial: Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults.** Rev Neurology, v.74, 2010.

ZAMBERLAN C, MEDEIROS AC,SVALDI J, SIQUEIRA HC H. A**mbiente, saúde e enfermagem no contexto ecossistêmico.**Rev. bras. enferm.[Internet]. 2013A [cited2017May19] ;66(4): 603-606. Available fro http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400021&lng=en.http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400021.

APÊNDICE A

CARTA PARA AS CENTRAIS ESTADUAIS DE TRANSPLANTES (CNCDO) E/OU ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS (OPO)

Exmo. Sr(a)

Responsável pela CNCDO/OPO.

Sou Fernando Tolfo, doutorando em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande, no Estado do Rio Grande do Sul. Estou realizando uma pesquisa sob a orientação da Profª Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, intitulada **Trabalho da Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante: na perspectiva ecossistêmica.** A mesma tem como objetivo geral: Analisar as ações desenvolvidas no trabalho das CIHDOTTs que, na visão dos enfermeiros, membros das da região sul do Brasil, possibilitam o aumento da captação e doação de órgãos e tecidos para transplante.

Descobrir tais ações produzidas em diversos lugares no Brasil poderá auxiliar os hospitais e as CIHDOTTs com ideias e exemplos de sucesso, e assim, favorecer um aumento da doação de órgãos, principalmente no Brasil.

Entende-se que, há ações adotadas em certos ambientes hospitalares que possibilitam um aumento na doação e captação de órgãos. E, essa é a hipótese de tese do meu doutorado. Para que minha pesquisa de doutorado possa ser realizada, necessito do contato de TODOS os membros enfermeiros de CIHDOTTs da região sul do Brasil, sendo esse o elemento motivador dessa solicitação.

Assim, com o intuito de evidenciar essas ações que influenciam positivamente o aumento das doações de órgãos no Brasil, venho solicitar a V.S.ª nominata dos enfermeiros e respectivos *e-mails* integrantes da sua OPO.

Na certeza de conseguir tais informações, agradeço a V.S.ª pela disponibilidade e parceria na busca por achar caminhos que possibilitam aumentar as taxas de doação de órgãos no Brasil.

Atenciosamente.

Rio Grande, ... De.....20.

Fernando Tolfo
Doutorando
e-mail fernandotolfo@gmail.com

Profª Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Orientadora
e-mail: hedihsiqueira@gmail.com

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA

Prezada Presidente,

Ao cumprimentá-la cordialmente, vimos através deste, solicitar a V. Sª. Apreciação e aprovação do projeto em anexo, para desenvolver a pesquisa intitulada: **Trabalho da Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante: na perspectiva ecossistêmica e** que tem como objetivo geral: Analisar as ações desenvolvidas no trabalho das CIHDOTTs que, na visão dos enfermeiros, membros das CIHDOTTs, da região sul do Brasil, possibilitam o aumento da captação e doação de órgãos e tecidos para transplante

A pesquisa será orientada pela Profª. Drª. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente permanente do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS.

Informamos que os dados coletados serão utilizados para a elaboração da tese de doutorado como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS. Além disso, os resultados servirão para produção científica de artigos e apresentação de trabalhos em eventos da área da saúde. Conforme a Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional na Saúde sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos, os sujeitos selecionados, só participarão da pesquisa após a assinatura, em duas vias, do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via será entregue ao participante e a outra permanecerá com o pesquisador. Teremos o compromisso ético de preservar o anonimato dos sujeitos envolvidos no estudo.

Na certeza de contar com o apoio habitual de V. Sª. desde já agradecemos, colocando-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente

Fernando Tolfo
Doutorando/FURG
E-mail fernandotolfo@gmail.com

Profª Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Orientadora
Email: hedihsiqueira@gmail.com

Exma Srª.
DD Presidente
Comitê de Ética em pesquisa da área da Saúde – CEPAS/ FURG

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O doutorando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Fernando Tolfo, está desenvolvendo a presente pesquisa, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem na Área de concentração Enfermagem e Saúde da FURG, na linha de Pesquisa: Trabalho da Enfermagem /Saúde.

A pesquisa será realizada sob a orientação da Profª Drª. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente permanente do Programa de Pós-Graduação do Curso de Enfermagem – Mestrado e Doutorado da FURG e tem como objetivo geral: Analisar as ações desenvolvidas no trabalho das CIHDOTTs que, na visão dos enfermeiros, membros das CIHDOTTs do Brasil, possibilitam o aumento da captação e doação de órgãos e tecidos para transplante.

As informações coletadas serão utilizadas unicamente para os fins de trabalhos científicos, tendo caráter confidencial. A sua participação em muito contribuirá para o sucesso deste trabalho. No entanto, você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo. Os dados serão de uso restrito dos pesquisadores. Em qualquer fase do estudo, não existem despesas pessoais para o participante e também não há compensação financeira relacionada a sua participação.

Trata-se de um estudo qualitativo que destina-se a investigar as maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta, e quantitativo que possibilitam uma análise estatística. Serão investigados TODOS os enfermeiros de CIHDOTTs alocadas nos hospitais da região sul do Brasil. A coleta de dados terá início somente após a autorização do Comitê de Ética em pesquisas com seres humanos e se dará por meio de um questionário com questões fechadas e abertas elaborado, especificamente, para este estudo.

Os riscos dessa pesquisa são mínimos e estão relacionados à dimensão psíquica, dos profissionais participantes. Caso você sinta a necessidade de um acompanhamento de um profissional habilitado, poderá contatar um profissional localizado próximo a sua região e os pesquisadores disponibilizarão todos os custos necessários ao atendimento a você de modo gratuito.

O estudo não causará benefícios diretos a você, porém reflexões sobre os conhecimentos produzidos pelos pesquisadores, através do emprego de seus saberes provenientes de referenciais bibliográficos e experiências oriundas da prática, poderão possibilitar conhecimentos sobre a importância de seu trabalho.

Outro benefício está, relacionado aos resultados dessa pesquisa que, após, publicados, ocasionarão benefícios para a sociedade acadêmica e sociedade civil, no sentido de oferecer embasamento para os profissionais e gestores, sobre o que permeia as ações do enfermeiro nas CIHDOTT.

Acredita-se que este estudo poderá contribuir instigando novas investigações que abordem aspectos relativos às ações dos enfermeiros em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos. Além disso, os dados serão relevantes para conhecer como acontece o trabalho do enfermeiro integrante das CIHDOTTs, as barreiras e os fatores facilitadores do seu trabalho e suas ideias em relação ao aumento de doadores de órgãos e tecidos e, assim, conseguir sanar dificuldades e encontrar estratégias capazes de aumentar o número de doadores.

Com essa pesquisa busca-se o contribuir com subsídios capazes de colaborar nessa área de atuação, tanto na academia como no campo prático, tornando os acadêmicos e os profissionais conscientes do impacto decorrente captação e doação de órgãos e tecidos para o transplante. A análise dos dados dessa pesquisa poderá encontrar estratégias para o aumento de doação de órgãos, trazendo grandes benefícios para a população em geral.

Você concorda em participar desse estudo e aceita ser entrevistado(a)?

Pelo presente termo declaro ter sido esclarecido(a) pela doutorando Fernando Tolfo em relação aos objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada: **Trabalho da Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante: na perspectiva ecossistêmica**

Declaro, outrossim, que fui informado (a) sobre:

a) liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como, de retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e/ou prejuízo;

b) garantia de privacidade, como também, proteção de minha imagem;

c) riscos e benefícios desta pesquisa, assim como, a garantia de esclarecimentos antes e durante o curso da mesma, sobre a metodologia, objetivos e outros aspectos envolvidos no presente estudo;

d) a segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Assim, nestes termos considero-me livre e esclarecido (a) e, portanto, consinto em participar da presente pesquisa. Concedo ao autor da pesquisa e sua orientadora o direito de expressar as informações contidas na mesma, para divulgação dos resultados em trabalhos científicos.

Este documento está em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que será assinado em duas vias, ficando uma via em poder do respondente e a outra com a doutoranda responsável pela pesquisa.

Data: ___/___/_____

Assinatura do participante:_____

Assinatura do responsável pela pesquisa:_____

Assinatura da orientadora da pesquisa: _____

Contato com o responsável pela pesquisa pelo fone:(055) 96575414

E-mail: fernandotolfo@gmail.com

Contato com a orientadora da pesquisa pelo fone: (053) 3278 40 18.

E-mail: hedihsiqueira@gmail.com

APÊNDICED

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nº da entrevista.....DATA: ...../...../.....	CÓDIGO
DADOS SOCIODEMOGRAFICOS EFUNCIONAIS	
1-Idade? (1) até 30 anos (2)31 à 40 anos(3)41 à 50 anos(4) > 50 anos	1) 1-2-3-4-5
2 -Sexo? (1) M(2) F	2) 1-2
3 -Turno de trabalho? (1) Manhã(2) Tarde(3) Noite(4) Misto	3) 1-2-3-4
4 - Escolaridade? (1) graduação (2) especialização (3) mestrado(4) doutorado(5) Pós-doutorado	4)1-2-3-4-5
5 -Estado? (1) Paraná(2) Santa Catarina(3) Rio Grande do Sul	4) 1-2-3
6 – Quantas notificações de morte encefálica ocorreram no último ano em seu hospital? (1) até 5 notificações(2) 6 à 10(3) 11 à 16(4) 17 à 20(5) > 21	6) 1-2-3-4-5
7-Você é um doador de órgãos? (1) sim(2) não	7)1-2
8 - Você já conversou com sua família sobre sua decisão sobre doar ou não seus órgãos? (1) sim(2) não	8)1-2
9 - Tempo de profissão? (1) até 5 anos(2) 6 à 10 anos(3) 11 à 16 anos(4) 17 à 20 (5) > 21 anos	9)1-2-3-4-5
10 - Tempo na CIHDOTT? (1) até 5 anos(2) 6 à 10 anos(3) 11 à 20 anos(4)17 à 20(5) > 21 anos	10)1-2-3-4-5
11 -Você tem curso de coordenador de transplante? (1) sim(2) não	11)1-2
12 Se a resposta acima foi sim, quantos anos de experiência você possui como coordenador? (1) até 5 anos (2) 6 à 10 anos (3) 11 à 16 anos (4) 17 à 20 (5) > 21 anos	12)1-2-3-4-5
13 Sua dedicação na CIHDOTT é? (1) parcial(2) exclusiva	13)1-2
14 Se trabalha em escala de modo parcial, em qual setor você desempenha suas funções regulares? (1) Bloco Cirúrgico (2) UTI(3) Emergência (4) unidades abertas(5) outros	14) 1-2-3-4-5
15 Quantos enfermeiros, contando com você, há na sua CIHDOTT? (1) 1 enfermeiro (2) até 3 enfermeiros (3) até 5 enfermeiros. (4)> 5 enfermeiros	15) 1-2-3-4
16 Que profissional é o Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante? (1) médico(2) enfermeiro (3) Assistente social(4) fisioterapeuta(5) psicólogo	16) 1-2-3-4-5-6-7

(6) técnico em enfermagem(7) outro	
17 Há protocolos internos ou manuais de rotina para o atendimento ao potencial doador de órgãos em seu hospital? (1) Sim(2) Não	17) 1-2
18Quantos doadores de órgãos a CIHDOTT, em que você trabalha teve no ano de 2017? _____	18)_____
Contempla o objetivo específico: IDENTIFICAR AS AÇÕES GERENCIAIS E BUROCRÁTICAS DAS CIHDOTT NO BRASIL	
19–Você segue protocolos ou manuais de rotinas para o atendimento ao potencial doador em seu hospital? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(19)1-2-3-4-5
20 - Você participa na construção de diretrizes, regimentos e guias para a doação de órgãos no seu departamento seja ele UTI, Bloco, Emergência ou outros? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(20)1-2-3-4-5
21 -Lhe é permitido tomar medidas para alcançar boas práticas na doação de órgãos, por exemplo: realizar treinamento de funcionários, organizar grupos de reflexão sobre questões éticas, abordagem da família etc. (1) Nunca(2) Raramente(3) as vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(21)1-2-3-4-5
22 - Você ajuda CIHDOTTs a desenvolver diretrizes que levem em conta o processo de doação? (1) Nunca(2) Raramente(3) as vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(22)1-2-3-4-5
23- A direção do hospital provê área física e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos referentes à CIHDOTT. (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(23)1-2-3-4-5
24 - A CIHDOTT promove reuniões periódicas registradas em ata? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(24)1-2-3-4-5
25 - A sua CIHDOTT mantem o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição, bem como arquiva adequadamente os documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(25) 1-2-3-4-5
26 -Você notifica e registra todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação. (1) Nunca(2) Raramente(3) as vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(26)1-2-3-4-5
27 - A sua CIHDOTT mantem os registros de suas intervenções e atividades diárias realizadas atualizados. (1) Nunca(2) Raramente(3) as vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(27)1-2-3-4-5
Contempla o objetivo específico: VERIFICAR AS AÇÕES DA CIHDOTT DIRECIONADAS PARA OS ASPECTOS RELACIONAIS NO AMBIENTE INTRA E EXTRA-HOSPITALAR	
28 -Você repassa de forma regularas informações aos outros funcionários do hospital que estão envolvidos no cuidado do potencial doador? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(28)1-2-3-4-5
29 -No hospital onde trabalho há suportes tecnológicos, farmacológicos, espiritual e/ou psicológico, e estruturais (sala para entrevista familiar, por exemplo), necessários para a manutenção do potencial doador e amparo familiar? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(29)1-2-3-4-5
30 -Colabora com outros profissionais fora do seu departamento (tais como raios-x ou laboratórios) para melhorar a inter-relação entre os setores e o possível doador de órgãos? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(30)1-2-3-4-5
31 -Você promove a comunicação e a cooperação entre as diversas profissões e setoresna assistência aum doador potencial? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(31)1-2-3-4-5

32 -Na sua opinião, a coordenação da CIHDOTT onde você atua mantém uma boa relação com todos os integrantes do hospital/ e da própria CIHDOTTs? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(32)1-2-3-4-5
33 -Há um bom ambiente de trabalho e comunicação fluida dentro das UTIs, emergência ou bloco cirúrgico em relação à CIHDOTT? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(33)1-2-3-4-5
34 -Há recursos suficientes para a realização da entrevista como sala reservada, apoio psicológico ou amparo social no seu hospital? (1) Nunca(2) Raramente(3) as vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(34)1-2-3-4-5
35 - Você se articula com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(35)1-2-3-4-5
36 - Você se articula com o Instituto Médico Legal (IML) para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(36)1-2-3-4-5
37 - Você se inter-relaciona com as respectivas Centrais, OPOs e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(37)1-2-3-4-5
Contempla o objetivo: EXAMINAR AS AÇÕES EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS PELAS CIHDOTTs	
38 -A CIHDOTT do seu hospital realiza palestras sobre doação de órgãos e transplantes aos profissionais das unidades hospitalares que atendam usuários neurocríticos? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(38)1-2-3-4-5
39 - Você se sente preparado para fazer uma abordagem familiar e para responder aos questionamentos da família? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente (5) Sempre	(39) 1-2-3-4-5
40 - A CIHDOTT realiza palestras em escolas ou universidades? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente (5) Sempre	(40)1-2-3-4-5
41 - Você incentiva os profissionais das unidades do hospital (UTI, Bloco, Emergência ou outros) a participar de eventos, congressos, palestras que tratam sobre orientações e educação para a doação de órgãos? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(41)1-2-3-4-5
42 -Você utiliza o conhecimento científico para assegurar-se de que o trabalho com a doação de órgãos é baseada em evidências? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(42) 1-2-3-4-5
Contempla o objetivo: APURAR NAS CIHDOTT AS AÇÕES DE CUIDADO AO USUÁRIO POSSIVEL DOADOR E A FAMÍLIA	
43 -Você questiona ao perceber queuma ação de cuidado está sendorealizada de forma inadequada por enfermeiro ou médico ao paciente em morte encefálica/? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(43)1-2-3-4-5
44 -Você promove e organiza o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição? (1) Nunca(2) Raramente(3) as vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(44)1-2-3-4-5
45 - Você defende um doador potencial contra qualquer forma de tratamento antiético? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(45)1-2-3-4-5
46 Ao entrevistar um familiar para solicitar a doação de órgãos você acha que pode causar mais dor e sofrimento à família (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(46)1-2-3-4-5
47 -Você fica em contato telefônico com a família de modo constante para eventuais informações? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(47)1-2-3-4-5
48 -Certifica-se após orientações, se a família compreendeu as medidas médicas tomadas após a parada cardíaca e os trâmites serem observados na entrega do corpo à família, após a doação de órgãos e tecidos? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(48)1-2-3-4-5

49 -Ao participar do processo de doação, você se faz presente durante todo o tempo do processo? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(49)1-2-3-4-5
50 -A CIHDOTT acompanha todos os usuários neurocríticos realiza a busca ativa de um provável doador? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(50)1-2-3-4-5
51-Você ao realizar a entrevista com os familiares segue uma metodologia específica e centra-se na possibilidade da aceitação da doação? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(51)1-2-3-4-5
52 - Você procura auxiliar os familiares a chegar a uma decisão em relação adoção de órgãos, e que possam continuar a viver sem medo ou culpa pela decisão tomada? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(52)1-2-3-4-5
53 -Você respeita a vontade do potencial doador e de sua família, mesmo você não compartilhando da sua opinião? (1) Nunca(2) Raramente(3) Às vezes(4) Frequentemente(5) Sempre	(53)1-2-3-4-5
QUESTÕES QUALITATIVAS	
1- Fale sobre a capacitação dos profissionais da sua CIHDOTT antes do seu ingresso e permanência nesse serviço?	
2 - Com base na sua experiência profissional, trabalhando na CIHDOTT, existem fatores e barreiras que dificultam a doação de órgãos e tecidos para transplante? Quais? Explique.	
3-Na sua opinião, existem fatores facilitadores que estimulam possibilidade de aumentar o índice de doação de órgãos e tecidos? Fale a respeito deles.	
4 -Na sua visão, que ações desenvolvidas na sua CIHDOTT, são capazes de aumentar os índices de captação e doação de órgãos e tecidos para transplante?	
5 -Qual a sua opinião em relação a entrevista familiar para solicitar a doação de órgãos?	

APÊNDICE E

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ELABORADO NO GOOGLE DOCS

TRABALHO DA CIHDOTT NA PERSPECTIVA ECOSSISTÊMICA

O doutorando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Fernando Tolfo, está desenvolvendo a presente pesquisa, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem na Área de concentração Enfermagem e Saúde da FURG, na linha de Pesquisa: Trabalho da Enfermagem /Saúde.

A pesquisa será realizada sob a orientação da Profª Drª. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente permanente do Programa de Pós-Graduação do Curso de Enfermagem – Mestrado e Doutorado da FURG e tem como objetivo geral: Analisar as ações desenvolvidas no trabalho das CIHDOTTs que, na visão dos enfermeiros, membros das CIHDOTTs do Brasil, possibilitam o aumento da captação e doação de órgãos e tecidos para transplante.

Outro benefício está, relacionado aos resultados dessa pesquisa que, após, publicados, ocasionarão benefícios para a sociedade acadêmica e sociedade civil, no sentido de oferecer embasamento para os profissionais e gestores, sobre o que permeia as ações do enfermeiro nas CIHDOTT.

Acredita-se que este estudo poderá contribuir instigando novas investigações que abordem aspectos relativos às ações dos enfermeiros em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos. Além disso, os dados serão relevantes para conhecer como acontece o trabalho do enfermeiro integrante das CIHDOTTs, as barreiras e os fatores facilitadores do seu trabalho e suas ideias em relação ao aumento de doadores de órgãos e tecidos e, assim, conseguir sanar dificuldades e encontrar estratégias capazes de aumentar o número de doadores.

Você concorda em participar desse estudo e aceita ser entrevistado(a)?

Pelo presente termo declaro ter sido esclarecido(a) pela doutorando Fernando Tolfo em relação aos objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada: Trabalho da Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante: na perspectiva ecossistêmica

* Required

1. Email address *

2. Fui informado sobre o que o pesquisador pretende verificar com esta pesquisa e porque necessita da minha colaboração. Por isso eu concordo em participar do projeto sabendo que não serei remunerado e poderei desistir a qualquer momento desta pesquisa. *

   Mark only one oval.

   - ◯ Concordo
   - ◯ Não concordo

Dados Sociodemográficos e Funcionais

3. 1 Idade? *

Mark only one oval.

- ◯ Até 30 anos
- ◯ De 31 a 40 anos
- ◯ De 41 a 50 anos
- ◯ Mais de 50 anos

4. 2 Sexo? *

Mark only one oval.

- ◯ Masculino
- ◯ Feminino

5. 3 Qual seu Turno de Trabalho? *

Mark only one oval.

- ◯ Manhã
- ◯ Tarde
- ◯ Noite
- ◯ Misto

6. 4 Escolaridade? *

Mark only one oval.

- ◯ Graduação
- ◯ Especialização
- ◯ Mestrado
- ◯ Doutorado
- ◯ Pós-doutorado

7. 5 Qual seu Estado? *

Mark only one oval.

- ( ) Paraná
- ( ) Santa Catarina
- ( ) Rio Grande do Sul

8. 6 Quantas notificações de Morte Encefálica ocorreram no último ano em seu hospital? *

Mark only one oval.

- ( ) Até 5
- ( ) De 6 a 10
- ( ) De 11 a 16
- ( ) De 17 a 20
- ( ) Mais de 21

9. 7 Você é um doador de órgãos? *

Mark only one oval.

- ( ) Sim
- ( ) Não

10. 8 Você já conversou sobre sua família sobre sua decisão de ser ou não um doador de órgãos? *

Mark only one oval.

- ( ) Sim
- ( ) Não

11. 9 Tempo de profissão na enfermagem? *

Mark only one oval.

- ◯ Até 5 anos
- ◯ De 6 a 10 anos
- ◯ De 11 a 16 anos
- ◯ De 17 a 20 anos
- ◯ Mais de 21 anos

12. 10 Tempo de atuação em CIHDOTT? *

Mark only one oval.

- ◯ Até 5 anos
- ◯ De 6 a 10 anos
- ◯ De 11 a 16 anos
- ◯ De 17 a 20 anos
- ◯ Mais de 21 anos

13. 11 Você tem algum curso de coordenador de transplantes?

Mark only one oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

14. 12 Quantos anos de experiência você possui como coordenador

Mark only one oval.

- ◯ Nenhuma
- ◯ Até 5 anos
- ◯ De 6 a 10
- ◯ De 11 a 16
- ◯ De 17 ou mais anos

15. 13 Sua dedicação na CIHDOTT é? *

Mark only one oval.

- ◯ Exclusiva
- ◯ Parcial

16. 14 Se trabalha de modo parcial, em qual setor você desempenha suas funções regulares?

Mark only one oval.

- ◯ Bloco Cirúrgico
- ◯ Unidade de Tratamento Intensivo
- ◯ Emergência
- ◯ Unidades abertas
- ◯ Outro

17. 15 Quantos enfermeiros, contando com você, há na sua CIHDOTT? *

Mark only one oval.

- ◯ 1 enfermeiro
- ◯ Até 3
- ◯ Até 5
- ◯ Mais que 5 enfermeiros

18. 16 Que profissional é o Coordenador da CIHDOTT de seu hospital? *

Mark only one oval.

- ◯ Médico
- ◯ Enfermeiro
- ◯ Assistente Social
- ◯ Fisioterapeuta
- ◯ Psicologo
- ◯ Têc de enfermagem
- ◯ Outro

19. 17 Há protocolos internos ou manuais de rotina para o atendimento ao potencial doador de órgãos em seu hospital? *

Mark only one oval.

- ◯ Não
- ◯ Sim, mas desconheço
- ◯ Sim, há alguns
- ◯ Sim, estão sendo construídos
- ◯ Sim, há protocolos prontos

20. 18 Quantos doadores de órgãos a CIHDOTT em que você trabalha teve no ano de 2018? *

Mark only one oval.

- ◯ Nenhum
- ◯ Até 5 doadores
- ◯ De 6 a 10
- ◯ De 11 a 16
- ◯ 17 ou mais doadores

Ações gerenciais e burocráticas das CIHDOTT

As questões a seguir buscam identificar as ações gerenciais e burocráticas das CIHDOTT no seu hospital. Na sua opinião assinale a frequência com que ocorrem as seguintes ações:

21. *

Mark only one oval per row.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
19 Você segue protocolos ou manuais de rotinas para o atendimento ao potencial doador em seu hospital?					
20 Você participa na construção de diretrizes, regimentos e guias para a doação de órgãos no seu departamento seja ele UTI, Bloco, Emergência ou outros?					
21 Lhe é permitido tomar medidas para alcançar boas práticas na doação de órgãos, por exemplo: realizar treinamento de funcionários, organizar grupos de reflexão sobre questões éticas, abordagem da família etc.					
22 Você ajuda à CIHDOTT a desenvolver diretrizes que levem em conta o processo de doação?					
23 A direção do hospital provê área física e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos referentes à CIHDOTT.					
24 A CIHDOTT promove					

reuniões periódicas registradas em atas?					
25 A sua CIHDOTT mantém os registros e documentos relativos aos protocolos de Morte encefálica adequadamente arquivados?	◯	◯	◯	◯	◯
26 Você notifica e registra todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação.	◯	◯	◯	◯	◯
27 A sua CIHDOTT mantem os registros de suas intervenções diárias realizados e atualizados.	◯	◯	◯	◯	◯

Ações da CIHDOTT direcionadas para os aspectos relacionais no ambiente intra e extra-hospitalar.

22. Abaixo estão descritas questões que buscam identificar as relações entre os vários atores participantes do processo de doação de órgãos. Marque a alternativa que mais se adéqua a sua realidade: *

Mark only one oval per row.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
28 Você repassa de forma regular as informações aos outros funcionários do hospital que estão envolvidos no cuidado do potencial doador?					
29 No hospital onde trabalha, há suportes tecnológicos, farmacológicos, espirituais e/ou psicológicos, e estruturais (sala para entrevista familiar, por exemplo), necessários para a manutenção do potencial doador e amparo familiar?					
30 Você colabora com outros profissionais fora do seu departamento (tais como raios-x ou laboratórios) para melhorar a inter-relação entre os setores e o possível doador de órgãos?					
31 Você promove a comunicação e a cooperação entre as diversas profissões e setores na assistência a um doador potencial?					
32 Na sua opinião, a coordenação da CIHDOTT onde você					

atua, mantém uma boa relação com todos os integrantes do hospital e da própria CIHDOTT?					
33 Há um bom ambiente de trabalho e comunicação fluida dentro das UTIs, emergência ou bloco cirúrgico em relação à CIHDOTT?	◯	◯	◯	◯	◯
34 Há recursos suficientes para a realização da entrevista, como sala reservada, apoio psicológico ou amparo social no seu hospital?	◯	◯	◯	◯	◯
35 Você se articula com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos?	◯	◯	◯	◯	◯
36 Você se articula com o Instituto Médico Legal (IML) e/ou Serviço de Verificação de Óbito (SVO), para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos?	◯	◯	◯	◯	◯
37 Você se inter-relaciona com as respectivas Centrais	◯	◯	◯	◯	◯

OPOs e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos?

Ações Educativas nas CIHDOTTs

23. Esta sessão trata das ações educativas desenvolvidas pela CIHDOTT do seu hospital. Identifique na escala abaixo a frequência das abordagens educativas descritas a seguir: *

Mark only one oval per row.

	Nunca	Raramente	Ás vezes	Frequentemente	Sempre
38 A CIHDOTT do seu hospital realiza palestras sobre doação de órgãos e transplantes aos profissionais das unidades hospitalares que atendam usuários neurocríticos?					
39 Você se sente preparado para fazer uma abordagem familiar e para responder aos questionamentos da família?					
40 A CIHDOTT realiza palestras em escolas ou universidades?					
41 Você incentiva os profissionais das unidades do hospital (UTI, Bloco, Emergência ou outros) a participar de eventos, congressos, palestras que tratam sobre orientações e educação para a doação de órgãos?					
42 Você utiliza o conhecimento científico para assegurar-se de que o trabalho com a doação de órgãos é baseada em evidências?					

Ações de cuidado ao usuário possivel doador e a familia

24. As questões abaixo buscam apurar nas CIHDOTTs as ações de cuidado dispensadas ao possivel doador de órgãos e a sua família. Marque de acordo com a sua vivência na CIHDOTT: *

Mark only one oval per row.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
43 Você questiona ao perceber que uma ação de cuidado está sendo realizada de forma inadequada por enfermeiro ou médico ao paciente em morte encefálica?	◯	◯	◯	◯	◯
44 Você promove e organiza o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição?	◯	◯	◯	◯	◯
45 Você defende um doador potencial contra qualquer forma de tratamento antiético?	◯	◯	◯	◯	◯
46 Ao entrevistar um familiar para solicitar a doação de órgãos você acha que pode causar mais dor e sofrimento à família	◯	◯	◯	◯	◯
47 Você fica em contato telefônico com a família de modo constante para eventuais informações?	◯	◯	◯	◯	◯
48 Certifica-se após orientações, se a família compreendeu as medidas médicas tomadas após a parada cardíaca e os trâmites a serem observados na entrega do corpo à	◯	◯	◯	◯	◯

família, após a doação de órgãos e tecidos?					
49 Ao participar do processo de doação, você se faz presente durante todo o tempo do processo?	◯	◯	◯	◯	◯
50 A CIHDOTT acompanha todos os usuários neurocríticos e realiza a busca ativa de um provável doador?	◯	◯	◯	◯	◯
51 Você ao realizar a entrevista com os familiares segue uma metodologia específica e centra-se na possibilidade da aceitação da doação?	◯	◯	◯	◯	◯
52 Você procura auxiliar os familiares a chegar a uma decisão em relação a doação de órgãos e que possam continuar a viver sem medo ou culpa pela decisão tomada?	◯	◯	◯	◯	◯
53 Você respeita a vontade do potencial doador e de sua família, mesmo você não compartilhando da sua opinião?	◯	◯	◯	◯	◯

A seguir, gostaria de saber mais sobre a realidade da CIHDOTT do hospital no qual você trabalha.

25. 1 Fale sobre a capacitação dos profissionais da sua CIHDOTT antes do seu ingresso e durante sua atuação?

26. 2. Com base na sua experiência profissional, trabalhando na CIHDOTT, existem barreiras e fatores que dificultam a doação de órgãos e tecidos para transplante? Quais? Explique.

27. 3. Na sua opinião, existem fatores facilitadores que estimulam a possibilidade de aumentar o índice de doação de órgãos e tecidos? Se sim, fale sobre eles.

28. 4. Na sua visão, que ações desenvolvidas na sua CIHDOTT, são capazes possibilitam aumentar os índices de captação e doação de órgãos e tecidos para transplante?

29. 5. Qual a sua opinião em relação a entrevista familiar para solicitar a doação de órgãos?

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

APÊNDICE F

Cidades que possuem CIHDOTT em seu(s) hospitais

As cidades e hospitais que possuem CIHDOTTs no Estado do Paraná encontram-se na tabela a seguir:

CIDADE	NOME DO HOSPITAL
Toledo	Hospital Bom Jesus
Toledo	Hospital Campagnolo
Cascavel	Hospital do Coração
Cascavel	UOPECCAN
Cascavel	Políclinica Cascavel
Cascavel	Hospital São Lucas
Cascavel	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
Foz do Iguaçu	Hospital Ministro Costa Cavalvanti
Paranavaí	Hospital Municipal Pe Germano Lauck
Medianeira	Hospital Nossa Senhora da Luz
Francisco Beltrão	Hospital Regional do Sudoeste Walter Alberto Pecóits
Francisco Beltrão	Hospital São Francisco
Pato Branco	Instituto de Saúde São Lucas
Pato Branco	Hospital Policlinica Pato Branco
Palmas	Hospital Santa Pelizari
Curitiba	Hospital Pilar
Guarapuava	Hospital de Caridade São Vicente de Paula
Ponta Grossa	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa
Campina Grande do Sul	Hospital e Maternidade Angelina Caron
São José dos Pinhais	Hospital e Maternidade São José dos Pinhais
Curitiba	Hospital São Lucas
Curitiba	Hospital Universitário Evangélico
Curitiba	Hospital Infantil Pequeno Príncipe
Guarapuava	Hospital Virmond
Curitiba	Hospital Cruz Vermelha Brasileira
Curitiba	Hospital das Clínicas/UFPR
Curitiba	Hospital Vita Batel
Curitiba	Hospital Vita Curitiba
Curitiba	Hospital Universitário Cajuru
Curitiba	Hospital do Trabalhador
Curitiba	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba
Curitiba	Hospital Nossa Senhora das Graças
Ponta Grossa	Hospital Bom Jesus
Campo Largo	Hospital Nossa Senhora do Rocio
Curitiba	Hospital Marcelino Champagnat

Curitiba	Hospital São Vicente
Araucária	Hospital Municipal de Araucária
Irati	Santa Casa de Irati
Ponta Grossa	Hospital Regional Dr. Wallace Thadeu de Mello e Silva
Ponta Grossa	Hospital Municipal Amadeu Puppi
Londrina	Hospital Universitário de Londrina
Londrina	Hospital Evangélico de Londrina
Londrina	Santa Casa de Londrina
Londrina	Hospital do Coração de Londrina
Arapongas	Hospital Norte Paranaense
Apucarana	Hospital da Providência de Apucarana
Bandeirantes	Santa casa de Bandeirantes
Cornélio Procópio	Santa Casa de Cornélio Procópio
Jacarézinho	Ssanta Casa de Jacarézinho
Medianeira	Hospital Bom Jesus de Ivaiporã
Londrina	Hospital Dr. Anisio Figueiredo
Londrina	Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade
Ibiporã	Hospital Cristo Rei de Ibiporã
Rolandia	Hospital Sã Rafael de Rolandia
Cambe	Santa Casa de Cambé
Arapongas	Santa Casa de Arapongas
Cornélio Procópio	Centro de Excelência à Atenção Geriátrica e Gerontológica
Cambará	Santa Casa de Cambará
Ribeirão Claro	Santa Casa de Ribeirão Claro
Santo Antônio da Platina	H. Nossa Senhora da Saúde de Santo Antônio da Platina
Tomazina	Hospital São Vicente de Paula de Tomazina
Maringá	Hospital Santa Rita
Maringá	Hospital Paraná
Maringá	Hospitl Santa Casa de Maringá
Sarandi	Hospital Metropolitano
Maringá	Hospital São Marcos
Cianorte	Hospital São Paulo de Cianorte.
Cianorte	Hospital Santa Casa de Cianorte
Paranavaí	Hospital Santa Casa de Paranavaí
Umuarama	NOROSPAR
Umuarama	CEMIL
Umuarama	Hospital Nossa Senhoa Aparecida de Umuarama
Umuarama	Hospital UOPECCAN Umuarama
Campo Mourão	Santa Casa de Campo Mourão
Maringá	Hospital Municipal de Maringá

A seguir encontram-se os hospitais e cidades que contém CIHDOTT:

CIDADE	HOSPITAL
Blumenau	Hospital Santa Isabel
Florianópolis	Hospital Governador Celso Ramos
Joinville	Hospital Municipal São José
Jaraguá Do Sul	Hospital E Maternidade São José
Itajaí	Hospital Marieta Konder Borhausen
São José	Hospital Regional São José
Chapecó	Hospital Lenoir Vargas Ferreira (Hro)
Caçador	Hospital Maicê
Criciúma	Hospital São José
Balneário Camboriu	Hospital M. Ruth Cardoso
Rio Do Sul	Hospital Alto Vale
Tubarão	Hospital Nossa Senhora Da Conceição
Joinville	Hospital Dona Helena
Florianópolis	Hospital Baía Sul
Joinville	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt
Concórdia	Hospital São Francisco
Joaçaba	Hospital Universitário Santa Terezinha
Florianópolis	Hospital Florianópolis
Canoinhas	Hospital Santa Cruz
Mafra	Associação De Caridade São V. De Paula
Florianópolis	Hosp. Infantil Joana De Gusmão
Videira	Hospital Divino Salvador
Joinville	Hosp. Materno Infantil - Jessé A. Faria
Lages	Hospital Nossa Senhora Dos Prazeres
São José	Centro Hospitalar Unimed
Jaraguá Do Sul	Hospital Maternidade Jaraguá
Florianópolis	Hospital De Caridade
Florianópolis	Hospital Universitário (Hu)
Blumenau	Hospital Santo Antônio
São Miguel Do Oeste	Hosp. Reg. T.Gaio Basso
Curitibanos	Hospital Hélio Anjos Ortiz
Xanxerê	Hospital São Paulo
São José	Instituto De C. Santa Catarina
São Bento Do Sul	Hospital Sagrada Família
Joinville	Hospital Unimed
Blumenau	Hospital Santa Catarina
Itajaí	Hospital Universitário Pequeno Anjo
Criciúma	Hospital M. Infantil Santa Catarina
Araranguá	Hospital Regional Araranguá
Tubarão	Hospital Socimed
Chapecó	Hospital Unimed

Timbo	Hospital Oase
Brusque	Hospital Azambuja
Florianópolis	Cepon
Ibirama	Hospital Waldomiro Coullatti
Maravilha	Hospital São José

As Cidades e Hospitais que possuem CIHDOTT no Estado do Rio Grande do Sul, estão descritos a seguir:

CIDADE	NOME DO HOSPITAL
Porto Alegre	Associação Hospitalar Moinhos de Vento
Porto Alegre	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre	Hospital Ernesto Dornelles
Porto Alegre	Hospital Mãe de Deus
Porto Alegre	Hospital Pronto Socorro de Porto Alegre
Porto Alegre	Hospital Beneficência Portuguesa
Porto Alegre	Hospital São Lucas da PUCRS
Porto Alegre	Hospital Cristo Redentor -CNES: 2265060
Porto Alegre	Hospital Nossa Senhora da Conceição
Porto Alegre	Hospital Moinhos de Vento
Porto Alegre	Hospital Militar de Porto Alegre
Porto Alegre	Hospital da Brigada Militar de Porto Alegre
Porto Alegre	Instituto de Cardiologia de Porto Alegre
Porto Alegre	Hospital Ernesto Dorneles
Porto Alegre	Hospital de Clínicas da Porto Alegre
Porto Alegre	Hospital Divina Providencia
Porto Alegre	Hospital Porto Alegre
Santa Cruz	Hospital Ana Nery
Estrela	Hospital Estrela
Rio Grande	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr
Santo Ângelo	Hospital Santo Ângelo
Farroupilha	Hospital São Carlos de Farroupilha
Carazinho	Hospital de Caridade de Carazinho
Erechim	Hospital de Caridade de Erechim
Santa Maria	Hospital Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo
Ijuí	Hospital Caridade de Ijuí
Passo Fundo	Hospital da Cidade de Passo Fundo
Cruz Alta	Hospital São Vicente de Paulo de Cruz Alta
Tramandaí	Hospital Tramandaí- Fundação Hospitalar Getulio Vargas
Porto Alegre	Hospital Independência
Sapiranga	Hospital Sapiranga
Cachoeira do Sul	Hospital de Cachoeira do Sul
Lageado	Hospital Bruno Born de Lajeado
Novo Hamburgo	Hospital Geral de Novo Hamburgo

Tramandaí	Hospital Tramandaí
Torre	Hospital Torres
Capão da Canoa	Hospital Capão da Canoa
Osório	Hospital Osório
Gravataí	Hospital Dm João Becker
Porto Alegre	Hospital Vila Nova
São Leopoldo	Fundação Hospital Centenário
Gramado	Hospital Arcanjo São Miguel
Erechim	Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim
Alvorada	Instituto de Cardiologia
Cachoeirinha	Hospital Padre Jeremeias
Viamao	Instituto de Cardilogia
Camaquã	Hospital Nossa Senhora Aparecida de Camaquã
Rio Grande	Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande
Bagé	Santa Casa de Bagé
Santa Maria	Hosp Univeristário de Santa Maria
Pelotas	Sociedade Portuguesa de Beneficência
Pelotas	Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas
Pelotas	Santa Casa de Misericórdia de Pelotas
Pelotas	Hospital Escola UFPEL
Pelotas	Beneficência Portuguesa de Pelotas
Passo Fundo	Hospital Universitário São Francisco de Paula
Passo Fundo	Pronto Socorro - Núcleo Ambulatorial
Canoas	Hospital Pronto Socorro de Canoas
Caxias do Sul	Hospital Geralde Caxias do Sul
Caxias do Sul	Hospital do Círculo Operário Caxiense
Caxias do Sul	Hospital Pompéia
Caxias do Sul	Hospital Fátima de Caxias do Sul
Caxias do Sul	Hospital Unimed

ANEXO A

Parecer do CEPAS

CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 02/2019

CEPAS 11/2018

Processo: 23116.0001/2018-1
CAAE: 81971918.0.0000.5324
Título da Pesquisa: Trabalho da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante: perspectiva ecossistêmica
Pesquisador Responsável: Fernando Tolfo

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 187/2018, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto: **"Trabalho da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante: perspectiva ecossistêmica".**

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página http://www.cepas.furg.br.

Data de envio do relatório final: 31/12/2019.

Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

Rio Grande, RS, 14 de Janeiro de 2019.

Eli Sinnott Silva

Profª. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS/FURG