JOSIANE CAPPELLARO

COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE; ASPECTOS ÉTICOS, HUMANOS, TÉCNICOS E OPERACIONAIS

RIO GRANDE

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

JOSIANE CAPPELLARO

COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: ASPECTOS ÉTICOS, HUMANOS, TÉCNICOS E OPERACIONAIS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Ética Educação e Saúde.

ORIENTADORA: Profª. Drª. Rosemary Silva da Silveira

RIO GRANDE
2011

CEPAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande / FURG
www.cepas.furg.br

EMENDA AO PARECER Nº 128/ 2009

O Comitê **APROVOU**, em reunião realizada no dia 28/04/2011, considerando a justificativa apresentada de forma clara e objetiva pela pesquisadora Rosemary Silva da Silveira, a troca do título do projeto cadastrado sob o número CEPAS 63/2009.

O título do projeto aprovado pelo Parecer nº 128/2009 era **"As vivências da Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante"**, passando a ser, mediante a presente emenda, **"Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante;aspectos éticos, humanos, técnicos e operacionais".**

Rio Grande, RS, 09/05/2011.

Eli Sinnott Silva
Profa. MSc. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS

JOSIANE CAPPELLARO

COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: ASPECTOS ÉTICOS, HUMANOS, TÉCNICOS E OPERACIONAIS

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 17 de dezembro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Dra. Helena Heidtmann Vaghetti
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Rosemary Silva da Silveira
Presidente (FURG)

Dra. Geani Farias Machado Fernandes
Membro (FURG)

Dr. Leocir Pessini
Membro (Centro Universitário São Camilo)

Dra. Mara A. de Oliveira Vargas
Membro (UNISINOS)

Dra. Valéria Lerch Lunardi
Suplente (FURG)

RESUMO

CAPPELLARO, Josiane. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante: Aspectos Éticos, Humanos, Técnicos e Operacionais. 2011. 95 fls. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A atuação de uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) possibilita o efetivo processo de captação e doação de órgãos, faz-se necessário tanto para favorecer as atividades de identificação de possíveis doadores, implementar protocolos, testes diagnósticos, comprovar a existência de morte encefálica (ME) e notificá-la, quanto para sensibilizar a família, reduzindo possíveis obstáculos à efetivação de transplantes no Brasil. OBJETIVO: Conhecer a vivência da CIHDOTT de uma instituição hospitalar do extremo sul do Brasil. MÉTODO: Utilizou-se uma abordagem qualitativa. Obteve-se a aprovação do CEPAS, mediante o Parecer: 63/09. A coleta de dados foi realizada com 11 (onze) membros de uma comissão através de entrevista composta por questões abertas. A análise e a inter-relação dos dados foram realizadas a partir da organização e da extração do seu significado na pesquisa, emergindo o capítulo denominado A vivência como Integrante de uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), do qual emergiram as seguintes categorias: Inserção dos trabalhadores na implantação e implementação da CIHDOTT; O ingresso na CIHDOTT; Significados atribuídos pelos trabalhadores acerca de sua participação na CIHDOTT; Fatores que favoreceram o trabalho da equipe; Fatores que dificultaram o trabalho da equipe; Estratégias utilizadas pela CIHDOTT no processo de doação-transplante no HU; Contribuições do adequado funcionamento da comissão; Questões éticas presentes no desempenho das atividades dos trabalhadores. Assim, esta pesquisa proporcionou, além de conhecer, também, refletir sobre as práticas da equipe de saúde e suas vivências na CIHDOTT. A maioria dos seus integrantes mostra-se comprometida e engajada na busca de melhores resultados de doações, contribuindo de modo favorável no processo, especialmente com relação à interação entre equipe de saúde, famílias de potenciais doadores e população. Acreditar e agir com atitudes éticas e solidárias no processo de transplante e doação; compreender e respeitar a autonomia das famílias em decidir sobre a doação, torna-se fundamental para um processo de captação tranqüilo, para que haja uma experiência positiva tanto para a equipe de saúde como para os familiares.

Palavras-Chave: Transplantes de Órgãos. Trabalhadores. Ética.

ABSTRACT

CAPPELLARO, Josiane. **The Intra-Hospital Commission for Organ and Tissue Donation for Transplantation: Ethical, Human, Technical and Operational Aspects.** 2011. 95 p. Thesis (Masters in Nursing), Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

The Intra-Hospital Commission for Organ and Tissue Donation for Transplantation (CIHDOTT) enables effective organ acquisition and processing which is necessary not only to help identify potential donors, implement protocols, run diagnostic tests, verify brain death (BD), but also to educate families and thus reduce potential obstacles to transplantation in Brazil. OBJECTIVE: To learn about the experiences of CIHDOTT at a hospital in southern Brazil. METHOD: A qualitative approach was used. Approval was obtained from CEPAS and endorsed by: 63/09. Data was collected via interviews composed of open questions and administered by an eleven member committee. Data analysis and interrelation were achieved by organizing and extracting meaning from the research data. This material lead to the chapter "Member Experience in an Intra-Hospital Commission for Organ and Tissue Donation for Transplantation (CIHDOTT)" with the following categories: Staff inclusion in the implementation of CIHDOTT; Entrance into CIHDOTT; Staff comments about their participation in CIHDOTT; Factors favoring teamwork; Factors hindering teamwork; Strategies used by CIHDOTT in the donation-transplantation process at UH; Contributions to the proper functioning of the commission; Ethical issues related to the execution of staff functions. Thus, this study provides insight and reflection on the practices and experiences of health staff in CIHDOTT. Most staff appeared to be committed, engaged and contributed favorably to the pursuit of better donation results, particularly regarding the interaction between the healthcare team, families of potential donors and the general population. Believing and acting compassionately and ethically and respecting family decisions about organ donation are essential and lead to positive experiences for both the healthcare team and family members.

Keywords: Organ transplant. Staff. Ethics.

RESUMEN

CAPPELLARO, Josiane. **Comisión Intrahospitalaria de donación de órganos y tejidos para transplante: Aspectos éticos, humanos, técnicos y operacionales**. 2011. 95 p. Tesis (Maestría en Enfermería) Programa de posgrado en enfermería, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

La actuación de una Comisión Intrahospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante (CIHDOTT) permite efectividad en el proceso de captación y donación de órganos, también se hace necesario para facilitar las actividades de identificación de posibles donadores, implementar protocolos, exámenes diagnósticos, comprobar la existencia de muerte encefálica (ME) y notificarla, así como para sensibilizar la familia y reducir posibles obstáculos a la realización de trasplantes en Brasil. OBJETIVO: Conocer la vivencia de la CIHDOTT de una institución hospitalaria del extremo sur de Brasil. MÉTODO: se utilizó un abordaje cualitativo. Se obtuvo la aprobación del CEPAS, de acuerdo con el documento 63/09. La reunión de datos fue hecha con 11 (once) miembros de una comisión por medio de entrevista compuesta por preguntas abiertas. El análisis y la interrelación de los datos fueron realizados a partir de una organización y una extracción de su significado en la investigación, lo que resultó en el capítulo llamado La vivencia como integrante de una Comisión Intrahospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplantes (CIHDOTT) y de este capítulo surgieron las siguientes categorías: Inserción de los trabajadores en la implantación e implementación de la CIHDOTT; El ingreso en la CIHDOTT; Significados atribuidos por los trabajadores acerca de su participación en la CIHDOTT; Factores que ayudan el trabajo del equipo; Factores que dificultan el trabajo del equipo; Estrategias utilizadas por la CIHDOTT en el proceso de donación y trasplante en el hospital universitario; Contribuciones del adecuado funcionamiento de la comisión; Cuestiones éticas presentes en el desempeño de las actividades de los trabajadores. De esta manera, la pesquisa posibilitó no solamente conocer, pero también reflexionar acerca de las prácticas del equipo de salud y sus vivencias en la CIHDOTT. La mayoría de sus miembros se mostró comprometida y dedicada a la búsqueda de mejores resultados de donaciones, lo que contribuye de manera favorable al proceso, especialmente en relación a la interacción entre equipo de salud, familias de potenciales donadores y población. Acreditar y agir con actitudes éticas y solidarias en el proceso de trasplante y donación, comprender y respetar la autonomía de las familias en decidir acerca de la donación es fundamental para un proceso de captación tranquilo y para que sea una experiencia positiva tanto para el equipo de salud como para los familiares.

Palabras clave: Trasplantes de Órganos. Trabajadores. Ética.

LISTA DE SIGLAS

ABTO	- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
ADOTE	- Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos
VC	- Acidente Vascular Cerebral
CFM	- Conselho Federal de Medicina
CIHDOTT	- Comissão Intra-Hospitar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CNCDO	- Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
EEG	- Eletroencefalograma
HLA	- Antígeno Linfocitário Humano
HUSFP	- Hospital Universitário São Francisco de Paula
MC	- Morte Cerebral
ME	- Morte Encefálica
MS	- Ministério da Saúde
OPO	- Organização de Procura de Órgãos
PMP	- Por milhão na População
RBT	- Registro Brasileiro de Transplante
RS	- Rio Grande do Sul
SNT	- Sistema Nacional de Transplantes
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCE	- Traumatismo Crânio-Encefálico
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 8
2 OBJETIVOS 14
2.1 OBJETIVO GERAL 14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 14
3 REVISÃO DA LITERATURA 15
3.1 DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: RESGATE NA HISTÓRIA 15
3.2 NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS 21
3.3 DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA E POSSIBILIDADE DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS 24
3.4 DILEMAS ÉTICOS E MORAIS X ABORDAGEM FAMILIAR E O CONSENTIMENTO EXPRESSO DO DOADOR 30
3.5 A COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE E AS MEDIDAS ORGANIZACIONAIS 33
4 METODOLOGIA 36
4.1 TIPO DE ESTUDO 36
4.2 LOCAL DO ESTUDO 36
4.3 INFORMANTES DO ESTUDO 37
4.4 COLETA DE DADOS 38
4.5 ASPECTOS ÉTICOS 39
4.6 ANÁLISE DOS DADOS 39
5 A VIVÊNCIA COMO INTEGRANTE DE UMA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE (CIHDOTT). 41
5.1 INSERÇÃO DOS TRABALHADORES NA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA CIHDOTT 42
5.2 O INGRESSO NA CIHDOTT 44
5.3 SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS TRABALHADORES ACERCA DE SUA PARTICIPAÇÃO NA CIHDOTT 48
5.4 FATORES QUE FAVORECERAM O TRABALHO DA EQUIPE 50
5.5 FATORES QUE DIFICULTARAM O TRABALHO DA EQUIPE 54
5.6 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELA CIHDOTT NO PROCESSO DE DOAÇÃO-TRANSPLANTE NO HU. 59
5.7 CONTRIBUIÇÕES DO ADEQUADO FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO 63
5.8 QUESTÕES ÉTICAS PRESENTES NO DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DOS TRABALHADORES 66
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 72
REFERÊNCIAS 76
APÊNDICE A – GUIA DE ENTREVISTA GRAVADA 80
APÊNDICE B – PEDIDO PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUIZA JUNTO AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA 81
APÊNDICE C – PEDIDO PARA AUTORIZAÇÃO PARA CONHECER AS VIVÊNCIAS DA COMISSÃO ITRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE 82
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 84
ANEXO A – PORTARIA MS Nº 1.262 86
ANEXO B – RESOLUÇÃO Nº 1826/2007 94

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, os transplantes de órgãos sólidos tiveram seu início na década de 60. Primeiramente considerados como procedimentos clínicos experimentais, posteriormente como "métodos terapêuticos de comprovada eficácia para tratamento de inúmeras doenças de caráter progressivo e fatal", influenciando tanto a melhoria da perspectiva de tempo de vida, quanto a qualidade de vida dos doentes, possibilitando o convívio social e o desempenho de atividades profissionais. (BACCHELLA; OLIVEIRA, 2006, p. 123).

Desde o início da década de 90, o progresso brasileiro na realização de transplantes tem sido notável. No Brasil, no ano de 2005, foram realizados 15.527 transplantes de órgãos e tecidos, sendo que, aproximadamente 11.095 foram custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Vale ressaltar que nos Estados Unidos a maioria dos usuários custeia seu transplante ou utiliza-se de um plano de saúde, com exceção dos indivíduos de classe econômica menos favorecida, os quais recebem financiamento através dos programas governamentais assistenciais do país. (MARINHO, 2009).

No Brasil, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) é responsável pela administração dos transplantes de órgãos financiados pelo SUS. Desde sua criação, em 1997, disponibiliza e desenvolve as ações no campo da política de doação-transplante, visando primordialmente à confiabilidade do sistema e a assistência de qualidade ao cidadão brasileiro. O SNT articula-se a outros órgãos do Ministério da Saúde (MS) envolvidos no processo de doação-transplante, numa tentativa de estabelecer a harmonia com as demais políticas e programas do sistema de transplantes brasileiro. Como uma de suas atribuições, assume a responsabilidade e a organização da infra-estrutura necessária no processo de notificação de casos de Morte Encefálica[1] (ME), de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas e transplantes (ROZA et al, 2009).

No entanto, percebe-se que, apesar da organização e da articulação do SNT a outros órgãos e do reconhecimento da magnitude das atividades públicas de transplantes; ainda persistem sérios problemas de natureza clínico-bilógicas, logístico-administrativas,

[1] O diagnóstico de ME é baseado em dados obtidos por intermédio da anamnese, exame físico e exames laboratoriais: na ausência de intoxicação exógena recente, uso de depressores do Sistema Nervoso Central (SNC), bloqueio neuromuscular e/ou hipotermia primária, na certeza de que todas as medidas de proteção encefálica já tenham sido realizadas (metabólicas, hemodinâmicas). A causa do coma deve ser estabelecida desde o início; assim como a perda da função de todo encéfalo, inclusive do tronco encefálico, levando a um estado permanente de inconsciência e, por fim, positividade ao teste de apnéia. (BRASIL, 1997).

geográficas, culturais e morais durante o processo de doação-transplante. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005).

Alguns destes problemas são evidenciados nos estudos de Marinho, os quais se encontram relacionados "à precariedade dos sistemas de informação nas coordenações estaduais"; à "baixa difusão de informações" sobre os protocolos relacionados com a captação e com a doação de órgãos; à "inexistência ou pouca efetividade das Comissões Intra-Hospitalares" de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), e por fim, à "elevada perda de doadores de órgãos potencialmente aproveitáveis", resultando deste modo no aumento de números de pessoas nas filas de espera por um transplante. (MARINHO, 2009, p. 8).

Dados fornecidos pelo MS indicam que foram realizados 15.855 transplantes de órgãos em 2007, com aproximadamente 66.558 mil pessoas aguardando transplantes no país; no primeiro semestre de 2008, a fila de espera encontrava-se com aproximadamente 68.906 usuários, dos quais, 34.247 para transplantes de rim, 24.693 para córnea e 6.425 para fígado. (BRASIL, 2007; ABTO, 2008).

Neste sentido, torna-se relevante discutir acerca das limitações dos recursos no setor de saúde brasileiro, da dinâmica de atuação dos órgãos envolvidos e, também, dos aspectos legais, éticos, morais, econômicos necessários na focalização da atenção nas atividades desenvolvidas pelo MS e o SNT. Estes aspectos precisam ser enfatizados e reconhecidos na formulação de uma política de transplantes, visando garantir a segurança, a eficiência e a eficácia durante o processo de doação-transplante.

No que diz respeito aos aspectos econômicos, no Brasil, parece haver uma ausência de indicadores oficiais dos tempos de espera nas filas para transplantes, diferenciando-se de países em que essa atividade apresenta importância sanitária relevante. Além dos aspectos econômicos relacionados aos tempos de espera nas filas de transplantes, por alguns órgãos sólidos como o coração, fígado, pulmão, rim, e pâncreas, há evidências de que os tempos de espera implicam em aproveitamento de órgãos de qualidade inferior, provavelmente, refletindo em índices elevados de mortalidade pós-transplantes, na redução da sobrevida da pessoa transplantada, com intenso sofrimento dos usuários e de seus familiares. (MARINHO, 2009).

As estimativas relacionadas com os tempos de espera para transplantes "mesmo em um modelo otimista, quase sempre ultrapassam um ano e que, em um modelo menos otimista, poderia atingir, por exemplo, quase nove anos para fígado e mais de onze anos para rim". (MARINHO, 2009, p. 8). Segundo Marinho (2009), diante destes indicadores, o MS vem

estimulando a terapêutica de transplantes, através da criação de diversas portarias e decretos, especialmente, com atenção à doação de órgãos. A fim de estimular e efetivar as captações de órgãos foi promulgada a Portaria GM/MS nº 1.752 de 23 de setembro de 2005, considerando que a existência e funcionamento de CIHDOTT permitem uma melhor organização do processo de captação de órgãos, a identificação dos potenciais doadores, a adequada abordagem dos familiares, favorecendo a articulação do hospital com a respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO).

Para viabilizar o processo de captação de órgãos tanto no aspecto qualitativo, quanto quantitativo, existe a obrigatoriedade da existência e efetivo funcionamento de uma CIHDOTT em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Sua constituição deverá ser realizada formalmente pela direção de cada instituição hospitalar, composta por membros do corpo funcional com, no mínimo, três integrantes, entre eles, um com o Curso de Formação de Coordenador Intra-hospitalar de Transplantes para exercer o cargo de Coordenador. Ao elaborar o Regimento Interno da Comissão, as atribuições dos integrantes devem ser claramente discutidas e estabelecidas (BRASIL, 2005).

Dentre as atribuições da CIHDOTT, destacam-se a organização da instituição para um efetivo processo de captação e doação de órgãos, possibilitando: detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital; viabilizar o diagnóstico de ME, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), assegurando que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos e morais; criar rotinas para oferecer aos familiares de usuários falecidos no hospital a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos, assegurando uma abordagem humanizada, embasada numa relação ética e de respeito; articular-se à CNCDO para organizar o processo de doação-transplante; articular-se com todas as unidades de recursos diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação; e ainda, responsabilizar-se pela educação permanente dos trabalhadores da instituição, em conjunto com a CNCDO e SNT, favorecendo a adequada abordagem à família para solicitação da doação, bem como todo o processo de doação-transplante. (BRASIL, 2005).

O interesse por realizar este estudo sobre Transplante de Órgãos surgiu no decorrer de minha formação acadêmica na graduação, durante a realização de um estágio voluntário realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr./Universidade Federal do Rio Grande (HU/FURG), Nessa ocasião, foi possível evidenciar uma situação em que os familiares de um usuário jovem, na presença de ME, manifestavam desejo de doar seus órgãos vitais, o que não foi possível em decorrência de dificuldades tanto no que diz respeito à sensibilidade e mobilização de trabalhadores para

favorecer este processo, quanto da dinâmica necessária na realização de exames complementares e preservação dos órgãos vitais em condições de captação para futura doação.

Neste sentido, tendo em vista o expressivo número de indivíduos que aguardam numa lista de espera, buscando uma nova oportunidade de vida e, encontram-se dependentes da manifestação do desejo de alguns familiares em doarem os órgãos diante de um diagnóstico de ME; buscou-se respostas acerca das percepções dos trabalhadores de saúde do HU para constituir uma CIHDOTT; evidenciado-se as necessidades para implantá-la; aspectos técnico-operacionais no processo de remoção e transplante de órgãos, bem como, possíveis vantagens que o HU e a sociedade obteriam a partir da sua constituição. (CAPPELLARO, 2008).

Ao finalizar meu trabalho de conclusão de curso "Implantação de uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante: percepção dos Trabalhadores" foi possível constatar a importância da constituição de uma CIHDOTT, as dificuldades e vantagens frente à sua implantação. Como dificuldades evidenciaram-se a não destinação de carga horária dos trabalhadores da saúde para atuarem na comissão e no processo de captação de órgãos; a insuficiência de remuneração de horas extras; a ausência de recursos orçamentários para prover os equipamentos e estrutura física adequada. (CAPPELLARO, 2008).

As possíveis vantagens da organização da instituição hospitalar e da efetividade da CIHDOTT referem-se à dinamização no que se refere ao diagnóstico do processo de ME de um potencial doador, a possibilidade de favorecer o processo de formação dos trabalhadores do HU, docentes e discentes da área da saúde, bem como, a solidariedade presente no ato de da doação por potencializar a qualidade de vida da população. (CAPPELLARO, 2008).

Sabe-se que a organização da instituição hospitalar e a atuação de uma CIHDOTT possibilitam o efetivo processo de captação e doação de órgãos. Neste sentido, a comissão se faz necessária, tanto para favorecer o processo de identificação de possíveis doadores para captação e doação de órgãos, para implementar protocolos para realização de testes diagnósticos, comprovar a existência de ME e notificá-la, quanto para sensibilizar a família, reduzindo possíveis obstáculos para a efetivação de transplantes no Brasil. No entanto, percebe-se o quanto é complexo dispor de condições físicas, de equipamentos e de recursos humanos habilitados para constituir tal comissão.

Deste modo, pode-se constatar que apesar do interesse do HU do extremo sul do Brasil em constituir uma CIHDOTT, da busca dos recursos para favorecer a sua implantação, da

aparente manifestação do interesse e desejo de alguns trabalhadores, isto não foi suficiente. Acredita-se que ações de sensibilização e conscientização de toda a sociedade, em especial dos trabalhadores da saúde, deve ser iniciada em todos os seus processos formativos, o que poderá favorecer o seu engajamento e envolvimento, tornando mais efetivo o processo de doação e captação de órgãos e tecidos, contribuindo dessa maneira para reduzir o tempo de espera nas filas de transplantes.

Assim, considera-se necessário que cada trabalhador se disponha a um senso de dever, responsabilidade e compromisso, emergindo num processo de (des)construção para um fazer ético. Para atingir um mesmo objetivo, o compromisso social com a captação e doação de órgãos, é preciso ainda, um maior envolvimento e uma tomada de consciência dos trabalhadores de diferentes áreas de atuação no Hospital Universitário (HU), de modo a desenvolver um trabalho multidisciplinar eficaz e efetivo. (SILVEIRA, 2006).

A partir destas considerações, questiona-se: Quais os significados atribuídos pelos membros de uma CIHDOTT sobre o processo que envolve a doação-transplante? De que modo as CIHDOTT estão atuando a fim de tornar efetivo o processo de notificação, captação e doação de órgãos e tecidos para transplante? Quais os aspectos importantes a serem considerados durante o desenvolvimento de suas atividades na comissão? Quais as possíveis vantagens obtidas a partir da existência e do adequado funcionamento da CIHDOTT para as instituições hospitalares e a sociedade?

Estes questionamentos são fundamentais, se levarmos em consideração o expressivo número de sujeitos que aguardam uma oportunidade de melhorar sua qualidade de vida e encontram-se dependentes da manifestação do desejo de alguns familiares em doarem os órgãos, da eficiência dos trabalhadores em identificar e realizar o diagnóstico de ME, e também, dependentes de uma série de ações e decisões importantes, que envolvem as CIHDOTT, as CNCDO e o SNT.

Diante destas considerações, acredita-se que conhecer as vivências da CIHDOTT do HU São Francisco de Paula, as diversas atribuições e competências de seus constituintes no desenvolvimento de suas atividades; os critérios utilizados e possíveis limitações encontradas durante o processo de remoção, doação e captação de órgãos e tecidos para transplante, bem como, as principais dificuldades e necessidades desta comissão, proporcionará uma maior reflexão e conscientização dos trabalhadores da saúde, vislumbrando a construção de estratégias para efetivar a atuação de outras comissões diante de uma possível doação.

Acredita-se que o conhecimento de vivências de CIHDOTT's também poderá contribuir e facilitar a compreensão dos trabalhadores acerca da realização de suas atividades

como integrantes, e ainda, favorecer outras instituições que desejam implantar e tornar mais efetivo o processo de doação-transplante, tanto no que diz respeito ao cumprimento de uma exigência legal, quanto ao favorecimento para os usuários que aguardam a doação de um órgão e uma nova oportunidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer o processo de trabalho de uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) de uma instituição hospitalar do extremo sul do Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o trabalho desenvolvido pela CIHDOTT no processo de doação e transplante, no que se refere aos significados atribuídos à doação;
- Evidenciar os fatores que favorecem e ou dificultam a atuação da equipe neste processo;
- Evidenciar possíveis necessidades e estratégias encontradas durante a atuação na CIHDOTT;
- Discutir os aspectos éticos envolvidos na doação, captação e transplante de órgãos e tecidos;

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: RESGATE NA HISTÓRIA

O transplante é compreendido como a transferência de células, tecidos ou órgãos vivos de um doador para um receptor, com a intenção de manter a integridade funcional do material transplantado. Por muitos anos, uma das maiores barreiras na realização dos transplantes foi a substituição de um órgão doente por um saudável de um doador decorrente da presença de proteínas identificadoras na superfície das células sanguíneas existentes nos tecidos, as quais auxiliam a distinguir os tecidos "próprios" dos tecidos "estranhos", consequentemente, qualquer célula estranha transplantadas em um receptor poderia produzir respostas e reações imunes. (VARELLA, 2009).

Inicialmente, o corpo humano não era particularmente receptivo aos órgãos e tecidos estranhos, ou seja, quando o órgão era transplantado para o receptor, o sistema imune do organismo, constantemente em "guarda" contra qualquer vírus, bactérias, ou corpo estranho potencialmente perigoso, reconhecia este órgão ou tecido transplantado como estranho, e, os atacava em um processo conhecido como rejeição. (SMELTZER; BARE, 2005; VARELLA, 2009).

Devido à extrema necessidade em transplantar tecidos e órgãos, alguns estudiosos tem ampliado suas pesquisas, numa tentativa de obter maior chance de sucesso na realização dos transplantes. Alexis Carrel é considerado o pai dos transplantes, por ter publicado na década de 1920, o trabalho "The transplantation of veins and organs"[2], descrevendo as técnicas fundamentais da cirurgia vascular para suturar artérias e veias, essenciais para os transplantes de órgãos. No entanto, os primeiros transplantes foram realizados em 1936, nos Estados Unidos, com resultados negativos devido à rejeição. (VARELLA, 2009).

Várias tentativas foram realizadas para evitar as reações antígeno-anticorpo associadas aos transplantes. No organismo humano, são seis os antígenos presentes nas células mais importantes que causam a rejeição de enxerto, os quais formam um complexo chamado de antígeno HLA (antígeno linfocitário humano). No entanto, existem cerca de 150 tipos diferentes destes antígenos. Por conseguinte, isso representa mais de um trilhão de combinações possíveis. (GUYTON; HALL, 1997).

[2] "O Transplante de Veias e Órgãos"

Diante desta consideração, torna-se potencialmente impossível duas pessoas, exceto no caso de gêmeos idênticos, possuírem os mesmo antígenos HLA. Para obter o melhor pareamento possível entre doador e receptor, tornando o procedimento de enxerto menos perigoso e grave para o futuro receptor, utiliza-se a tipagem tecidual, a qual se tornou um procedimento indispensável para o transplante, realizada com o intuito de assegurar que o órgão ou tecido do doador seja, tanto quanto possível, semelhante aos tecidos do receptor. (GUYTON; HALL, 1997).

No ano de 1954, em Boston, o cirurgião Joseph E. Murray, utilizando-se do conceito de que a semelhança genética impedia a reação imunológica, e, portanto, não ocorria problema de rejeição quando o órgão do doador e do receptor era gêmeos univitelíneos; realizou seu primeiro transplante de rim com êxito entre gêmeos idênticos. Neste mesmo ano foi realizado o primeiro transplante de rim nos Estados Unidos. (MARINHO, 2006).

No Brasil, os transplantes de órgãos tiveram seu início na década de 60, e em 1965 foi realizado o primeiro transplante renal no Hospital das Clínicas em São Paulo. (MARINHO, 2006; BACCHELA; OLIVEIRA, 2006).

Até o início da década de 60, considerava-se impossível a utilização de órgãos de usuários em ME, e os doadores vivos representavam a única fonte de órgãos. Nessa época, um policial atendido no Massachussets General Hospital, em Boston, evolui para ME e teve seu fígado retirado enquanto o coração ainda batia. Esse caso provocou enorme discussão sobre o abandono do critério de morte, até então baseado na parada cardíaca e interrupção da circulação de sangue. (VARELLA, 2009).

No entanto, tanto a comunidade científica quanto o público em geral, foram sensivelmente abalados quando, em dezembro de 1967, o Dr. Christian Barnard, na Cidade do Cabo, África do Sul, realizou o que até então se considerava o primeiro transplante cardíaco em humanos. A partir dessa década, muitos transplantes foram realizados, ocorrendo aproximadamente 60 transplantes, em diferentes partes do mundo até outubro de 1968. O primeiro transplante cardíaco na América Latina e o 17º no mundo, foi realizado no Hospital das Clínicas em São Paulo, Brasil, pelo Dr. Euryclides de Jesus Zerbini em maio de 1968. O receptor foi um homem de 32 anos, vaqueiro e portador de miocardiopatia dilatada, provavelmente de etiologia chagásica. (SILVA et al, 2008; IMPÉRIO, 2007; MARINHO, 2006).

Desde então, “houve uma admirável evolução tanto em termos de tecnologia médica e farmacêutica, quanto em termos de variedade de órgãos transplantados, número de procedimentos realizados e vidas salvas”. (ASSIS, 2008, p. 2).

Como já referido, durante a trajetória dos transplantes de órgãos e tecidos um grande limitador é a sua rejeição, a qual pode ser mediada por reação celular e/ou humoral e pelo uso de drogas imunossupressoras. Apesar da intenção de controlar a rejeição através do uso de imunossupressores, não existia a garantia de sucesso no que diz respeito à busca de uma droga potencialmente capaz de bloquear a resposta imune do receptor sem, ao mesmo tempo, destruir sua imunidade específica. (ASSIS, 2008).

Assim, inicialmente, as maiores dificuldades e preocupações ocorriam devido à rejeição e aos aspectos que englobam a utilização de drogas imunosupressoras; atualmente, considera-se, também, outros fatores desencadeantes que dificultam, e até mesmo retardam o seguimento do processo e a possível obtenção de sucesso desejado.

Dentre algumas das situações que envolvem o processo de doação-transplante, pode-se destacar a dificuldade e preocupação em realizar um diagnóstico seguro e efetivo de ME; os dilemas éticos e morais enfrentados pelas famílias de doadores, possivelmente por sua insegurança devido ao desconhecimento sobre a ME, dilema este existente até hoje na maioria da população; o alto índice de negativa familiar para doação de órgãos; a inexistência de uma política adequada de transplantes no Brasil, e por fim, a pouca efetividade das CIHDOTT, dentre outros.

Apesar da existência da Lei n. 5.479/68, posteriormente revogada pela Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispunha sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, a legislação não era considerada apropriada para a regulamentação e realização de transplante. Os critérios para diagnóstico de ME, para cadastro técnico de equipes, e para hospitais reconhecidos como transplantadores não estavam estabelecidos, e a inscrição de receptores, ordem de transplante, retirada de órgãos e critérios de destinação e distribuição dos órgãos captados eram regulados por normas regionais e informais. (ASSIS, 2008).

Nesta perspectiva, no Brasil, a utilização do corpo humano *post mortem* recebeu suas primeiras regulamentações a partir dos anos 60. O primeiro transplante de órgãos foi amparado somente no critério de ME do doador, datado em 1968, pois não havia legislação própria no país. A primeira tentativa de regulamentação das práticas de transplante ocorreu através da Lei n. 5.479 de 10 de agosto de 1968, condicionando a doação ao consentimento expresso do doador, cônjuge, parente ou responsável legal. Porém, tal lei nunca foi regulamentada, por ter sido considerada restritiva quanto ao emprego de doadores vivos e do conceito de ME, o que só permitia a remoção de órgãos após parada cárdio-respiratória

irreversível e eletroencefalograma (EEG) isoelétrico por longo período, confirmando o comprometimento do órgão. (VARGAS, 2005).

Essas considerações que envolvem o processo de doação e alocação de órgãos humanos doados são estabelecidas pelo MS, em diferentes etapas e legislações, ou seja, a Portaria n. 3.407, de 5 de agosto de 1998, que regulamenta as disposições da Lei n. 9.434 de fevereiro de 1997 e o Decreto n. 2.2689 de 30 de julho de 1997. Disposições estas, que serão abordadas no decorrer do estudo.

Nesta perspectiva, em fevereiro de 1997 foi promulgada a Lei dos Transplantes, ou seja, a Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, também intitulada pelo seu relator, Senador Lúcio Alcântara, como Lei da Vida. O objetivo da Lei da Vida era "dispor sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante", na tentativa de minimizar as distorções e até mesmo injustiças na destinação dos órgãos, que a legislação anterior não conseguia controlar. No mesmo ano, foi criado no âmbito do MS o SNT, com a atribuição de desenvolver o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas e transplantes. (ASSIS, 2008).

Com o passar dos anos, foram sendo desenvolvidas e aperfeiçoadas novas leis, protocolos, drogas imunossupressoras mais eficazes, equipes e comissões para transplantes, mais financiamentos, dentre outros fatores, com a finalidade de obter maior chance de sucesso e desenvolvimento durante o processo de doação-transplante, beneficiando um número cada vez maior de indivíduos que aguardam por uma melhoria na sua qualidade de vida, no caso do transplante cardíaco, bem como, uma melhor qualidade e expectativa de vida em usuários com doenças renais crônicas.

Atualmente, grandes parcelas dos indivíduos transplantados têm sobrevida superior a cinco, ou mesmo dez anos após o transplante. (MARINHO, 2006). Com o desenvolvimento dos transplantes e sua aplicação no tratamento de doenças terminais de alguns órgãos[3], os transplantes converteram-se num dos capítulos de maior êxito na história da medicina. Em apenas três décadas, o transplante de órgãos evoluiu de um procedimento relativamente arriscado, realizado apenas em usuários com doença renal grave, para uma intervenção terapêutica eficaz em usuários com doenças terminais do coração, fígado e pulmão (GARCIA, 2006).

[3] Doenças terminais de alguns órgãos entendidas como a ausência das funções fisiológicas do órgão; por exemplo, quando existe impossibilidade do rim estabelecer suas funções, o portador deste órgão poderá apresentar um quadro de insuficiência renal, tendo a possibilidade de vir a desempenhar suas funções através do transplante.

Garcia; Bacchela e Oliveira; Roza, Odierna e Laselva (2006) enfatizam que este progresso na realização dos transplantes deve-se a alguns fatores, dentre eles, os avanços nas técnicas cirúrgicas, o manejo imunobiológico, os cuidados intensivos, a introdução de drogas imunossupressoras mais eficazes, bem como, a utilização de soluções de preservação mais eficientes.

Assis (2008), ao comparar a realização de transplantes informados pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos - ABTO e DATASUS (TABELA), destaca que foram realizados entre o ano de 1998 e 2007, segundo a ABTO, 100.043 transplantes, sendo 39.883 de órgãos e 60.160 de córneas. No mesmo período, o DATASUS computou 66.858 procedimentos, compreendendo 34.296 de órgãos e 32.562 de córneas.

TABELA - Número de transplantes de órgãos sólidos realizados (Coração, Pulmão, Fígado, Rim e Pâncreas) e córneas no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2007.

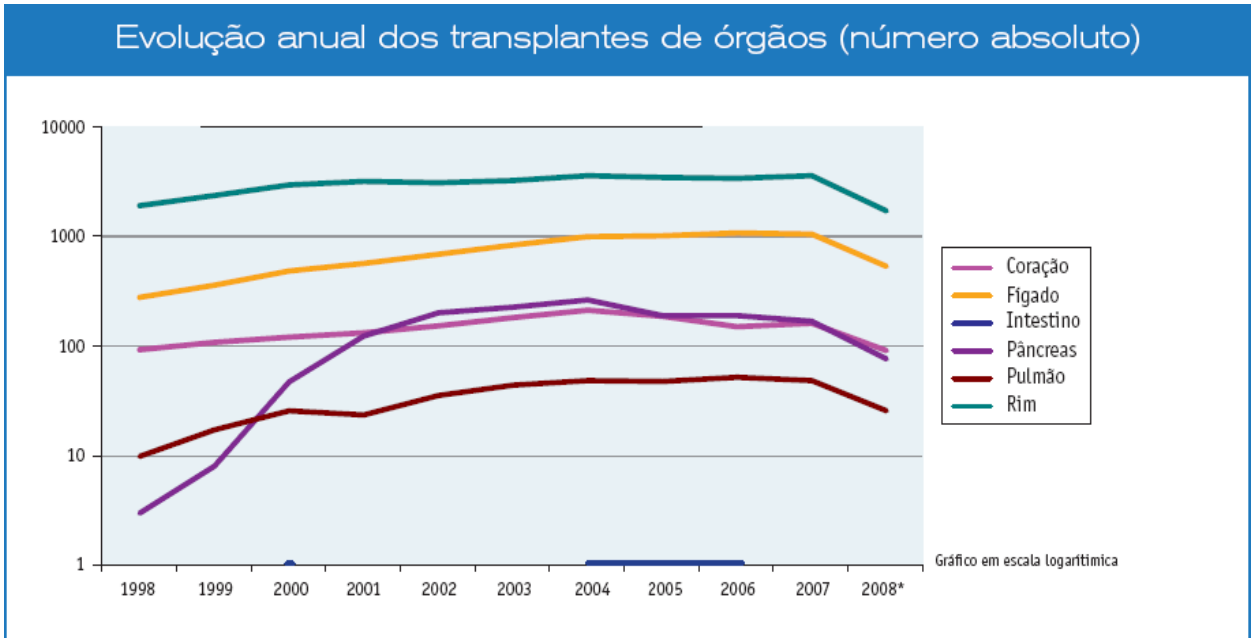
Ano	Órgãos Sólidos			Córneas			Totais (órgãos + córneas)		
	ABTO	DATASUS	% SUS	ABTO	DATASUS	% SUS	ABTO	DATASUS	% SUS
1998	2.334	1.796	76,9	2.442	1.819	74,5	4.776	3.615	75,7
1999	2.884	2.429	84,2	3.170	2.077	65,5	6.054	4.506	74,4
2000	3.574	2.853	79,8	3.226	2.081	64,5	6.800	4.934	72,6
2001	3.930	3.135	79,8	4.399	2.259	51,4	8.329	5.394	64,8
2002	4.018	3.483	86,7	5.328	2.587	48,6	9.346	6.070	64,9
2003	4.344	3.721	85,7	6.286	3.043	48,4	10.630	6.764	63,6
2004	4.744	4.297	90,6	6.532	3.258	49,9	11.276	7.555	67,0
2005	4.655	4.307	92,5	8.713	4.999	57,4	13.368	9.306	69,6
2006	4.667	3.931	84,2	10.124	5.088	50,3	14.791	9.019	61,0
2007	4.733	4.344	91,8	9.940	5.351	53,8	14.673	9.695	66,1
Totais	39.883	34.296	86,0	60.160	32.562	54,1	100.043	66.858	66,8

Fontes: ABTO e DATASUS, 2008.

A diferença entre os números de procedimentos computados pela ABTO e DATASUS resulta de que os dados fornecidos pela ABTO são globais, ou seja, incluem os transplantes financiados pelo SUS e por outras fontes, enquanto os dados do DATASUS são, exclusivamente, de procedimentos pagos pelo SUS. Desse modo é possível se estimar a proporção dos transplantes de órgãos e de córneas financiados pelo sistema público de saúde. (ASSIS, 2008).

Embora o número de transplantes tenha aumentado, a escassez de órgãos continua sendo um dos maiores obstáculos às equipes transplantadoras em todos os países, pois a demanda por transplantes vem aumentando em um escala maior do que a efetivação de doações, fazendo, consequentemente, com que as listas de espera se ampliem. (LIMA; SILVA; PEREIRA,2009). Numa perspectiva de evidenciar os dados da lista de espera por transplantes de órgãos, apresenta-se a seguir sua evolução no período de 1998 a 2008 (GRÁFICO e QUADRO).

GRÁFICO - Evolução anual de Lista de Espera



Fonte: ABTO, 2008.

Através do (GRÁFICO) , é possível observar uma maior demanda para transplantes de rim e fígado no período de 1998 a 2007; torna-se visível o aumento de pacientes na lista de espera para pâncreas no período de 1998 a 2002, o qual ultrapassa a necessidade por transplante cardíaco, que se mostrava significativo entre 1998 até o ano de 2001. Pode-se perceber que a lista de espera decresceu consideravelmente do ano de 2007 para 2008 para todos os órgãos sólidos.

QUADRO - Evolução anual de Lista de Espera

ÓRGÃOS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Coração	215	237	228	275	336	353	313	381
Córnea	16667	19189	22328	24558	26195	25893	24611	26031
Fígado	2539	3710	4941	6283	7041	7102	6452	6505
Pâncreas	2	116	178	209	221	357	183	158
Pulmão	101	51	90	108	109	127	136	158
Rim	23812	28127	30126	32668	31973	33209	34108	34789
Rim / Pâncreas	245	330	353	390	388	265	557	547
TOTAL	**43581**	**51760**	**58244**	**64491**	**66263**	**67306**	**66360**	**68906**

Fonte: ABTO, 2008.

O (QUADRO) apresenta o número de pacientes na lista de espera por transplante no período de 2001 a 2008, evidenciando um aumento de aproximadamente 25.325 pessoas.

Nota-se maior aumento na fila de espera entre os anos de 2001 e 2002, com uma diminuição entre 2006 e 2007. Acredita-se que uma das possíveis explicações para estes índices possa estar relacionada à obrigatoriedade acordada pelo MS em setembro de 2005, da existência e efetivo funcionamento de CIHDOT em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos.

3.2 NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS

O processo de doação tem início com a notificação do doador à CNCDO, podendo-se distinguir, a partir de então, quatro etapas: a confirmação de potencial doador de órgãos, a determinação do seu estado clínico como potencial doador, a manutenção adequada de suas condições hemodinâmicas e, por fim, o estabelecimento de logística adequada para realização do transplante propriamente dito. (QUINTELA, 2006).

As etapas que compreendem o programa de transplante de órgãos são semelhantes na maioria dos países. Após a declaração de ME, a coordenação ou o profissional envolvido no atendimento primário ao usuário aborda a família para solicitar a doação de órgãos, de acordo com os critérios médico-legais instituídos legalmente no país. (QUINTELA, 2006). Um dos critérios imprescindíveis para realização do transplante é a elaboração de um consentimento livre e esclarecido, a fim de informar a família sobre o transcorrer do transplante, partindo do pressuposto de que a vontade familiar é a que deve ser respeitada no Brasil. Depois de obter o consentimento para a doação, a equipe de captação está autorizada a adotar medidas para a manutenção hemodinâmica do doador, visando melhorar ou manter a qualidade do transplante. (QUINTELA, 2006).

A partir destas considerações, Vargas (2005) enfatiza que a UTI, bem como as unidades de Pronto Socorro/PS (principalmente as de trauma) são ambientes que mais propiciam a existência de potenciais doadores de órgãos, por serem locais de atendimento de usuários já comprometidos, ou seja, o usuário encontra-se vulnerável tanto por sua instabilidade hemodinâmica, como pelos possíveis riscos de uma incapacidade permanente e risco de evoluir para uma parada cárdio-respiratória. (VARGAS, 2005).

Desse modo, pode-se perceber que a UTI agrupa, em um mesmo espaço físico, toda potencialidade polissêmica do que podemos entender por vida e morte, pois, ora pode aumentar a chance de sobrevida de um usuário, quando da possibilidade de favorecer um possível receptor, como também, a qualquer momento, este usuário pode vir a falecer devido ao estado crítico em que se encontra. (VARGAS, 2005).

A reflexão e discussão sobre esta temática com trabalhadores da saúde nos ambientes das UTI's e outros, torna-se de grande importância, para que, diante de um possível doador, todos os trabalhadores envolvidos tenham tranqüilidade e estabeleçam um clima de confiança para transmitir à família não somente o diagnóstico de ME, como realizar a notificação de morte, "obrigatória" à CNCDO, independentemente da decisão da família em aceitar ou não a doação.

Após esta notificação[4], e o consentimento da família em doar, uma série de ações deve ser realizada para a manutenção efetiva do doador, viabilizando adequadamente seus órgãos para transplante. (ROZA; ODIERNA; LASELVA, 2006).

Assim, o conhecimento das alterações fisiológicas que acometem os diversos órgãos e sistemas do usuário na condição de ME pelos trabalhadores que atuam com doação de órgãos e tecidos, é um dos fatores que parece estar relacionado à melhoria da sobrevida do receptor e qualidade do enxerto transplantado. Uma vez identificado o potencial doador inicia-se, imediatamente, a sua manutenção, que consiste na aplicação de suporte clínico para manter os parâmetros hemodinâmicos próximos do normal, visando à viabilidade e qualidade dos órgãos para transplante. (SILVA et al, 2008).

O aprimoramento da tecnobiomedicina favoreceu que trabalhadores da área da saúde possam intervir na vida do usuário, manipulando e estabelecendo condições que permitam impedir ou retardar a morte para um possível transplante de órgãos. (VARGAS et al, 2007).

Ainda para Vargas et al (2007), o ambiente da UTI instiga indagações e pensamentos frente ao que caracteriza a vida, estar vivo e, também, frente à necessidade de problematizar o que caracteriza a morte. Em sua visão, estar diante de um usuário com diagnóstico de ME poderá despertar diversas concepções de morte, ou seja, ME caracterizada como uma possibilidade de manter órgãos vivos, "um ser que contém, em si, elementos próprios de quem está vivo e, ao mesmo tempo, elementos que sustentam a sua morte". (VARGAS et al, 2007, p. 85).

Neste sentido, a remoção de órgãos só é possível, na maioria dos casos, em usuários com ME, e, ao utilizar a citação de Vargas et al (2007, p. 85), algumas reflexões vem à mente, ou seja, acredita-se que tal expressão seja, possivelmente, uma das justificativas ou até mesmo, a explicação sobre as dúvidas, insegurança e o medo que acomete a maior parte dos

[4] Quando existe a identificação de um potencial doador em uma unidade de terapia intensiva ou no pronto-socorro, há obrigatoriedade de notificação à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO), descentralizadas em OPOs (Organização de Procura de Órgãos).

indivíduos e familiares em relação à morte e uma possível doação, pois afinal: Como pode o usuário estar morto se o coração continua batendo?.

O usuário em ME, então, possui características de um ser vivo, seu coração continua batendo e, seus órgãos mesmo com o auxílio de equipamentos e drogas, mantêm-se na maioria das vezes, hemodinamicamente estáveis; no entanto, a reversão da sua função encefálica (tronco, bulbo e cerebelo) torna-se impossível, ou seja, a morte já está instalada. Estas características que os apontam como vivo, estão, na realidade, somente sustentando e retardando a parada total de todos os órgãos.

Estima-se que até 100 usuários por ano em cada milhão de habitantes apresentem o diagnóstico de ME. A principal causa de morte ocorre em conseqüência de acidentes e doenças cérebro-vasculares, sendo 43% devido a Acidente Vascular Cerebral (AVC); 39% devido o Traumatismo Crânio Encefálico (TCE); e 8% das mortes causadas por outros motivos. (ABTO, 2008). Estes dados evidenciam um número relativamente elevado de potenciais doadores brasileiros. Entretanto, a notificação de potenciais doadores, mesmo sendo obrigatória, é baixa, isto é, menos de 50 por milhão na população (pmp) por ano. Em países desenvolvidos o índice é de 50 a 60 pmp/ano e são obtidos aproximadamente 20 a 40 doadores efetivos pmp/ano. (ABTO, (2008); SILVA et al, 2008).

A Lei 9.434/97 estabelece a obrigatoriedade dos estabelecimentos de saúde de proceder à notificação do diagnóstico de ME às CNCDO, porém, tal notificação não vem ocorrendo de forma satisfatória, relacionando-se como um dos aspectos que tem dificultado o processo de doação de órgãos. (BRASIL, 2007).

Ainda no Brasil, de cada 10 potenciais doadores somente um é notificado, e somente 20% destes são utilizados como doadores de múltiplos órgãos fazendo com que a média nacional seja de sete doadores efetivos pmp/ano. No estado de São Paulo, mesmo com um dado de 12 doadores pmp/ano, esse número ainda é insuficiente para suprir a lista de espera por órgãos, e muito abaixo da maioria dos países desenvolvidos. Na América Latina o número de doador efetivo é de 2 a 12 pmp/ano, com uma média de 5.4 pmp/ano. Em alguns países, como Porto Rico, a taxa é de 20.3, Uruguai 18.8, Cuba 16.2, Argentina 10.8 pmp/ano. Mesmo com um aumento de aproximadamente 100% nas taxas de doação nos últimos 10 anos, o índice de doador efetivo, ainda é menor que a média da Europa (15 pmp/ano) ou dos Estados Unidos (25 pmp/ano). (BACCHELLA; OLIVEIRA, 2006; QUINTELA, 2006; ASSIS, 2008; SILVA et al, 2008).

Apesar destes índices, o Brasil é considerado como o segundo país do mundo em número de transplantes realizados por ano, sendo mais de 90% destes efetivados através do SUS. (QUINTELA, 2006; ASSIS, 2008). Segundo Marinho (2006), o Brasil dispõe do maior programa público de transplantes públicos do mundo. Pode-se perceber que, mesmo com um número irrelevante de notificações, o Brasil tem certo benefício em relação aos outros países, devido à "adequação da proposta do SUS" (grifo da autora). Esse dado também se deve à organização do SNT, pois cada estado possui uma CNCDO que coordena sua captação e alocação, com base em fila única, com critérios cronológicos-cadastro técnico de receptores de órgãos do SNT, com distribuição estadual ou regional. (QUINTELA, 2006).

3.3 DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA E POSSIBILIDADE DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Atualmente, ainda há divergências entre o conceito de ME e Morte Cerebral (MC). Para compreendermos a ME, é necessário conhecer os conceitos de morte do tronco encefálico e de MC. Nesta, algumas partes ou todo o tronco encefálico, incluindo o mesencéfalo, ponte ou bulbo e o cerebelo, podem estar funcionantes, sendo conhecida essa condição como síndrome apálica, estado vegetativo persistente ou morte neocortical. Já a morte do tronco encefálico é um conceito clínico: implica um paciente irreversivelmente inconsciente, com apnéia irreversível e perda irreversível dos reflexos do tronco encefálico. (QUINTELA, 2006).

Em decorrência disto, as definições de ME diferem em todo o mundo. No Brasil o CFM, por meio da Resolução n. 1.480, de 1997, adotou critérios e princípios para o seu diagnóstico de acordo com o conceito estabelecido pela Comunidade Científica Mundial. (BRASIL, 1997).

A avaliação do estado neurológico é de fundamental importância para considerar a atividade cerebral e encefálica e um possível estado de coma, tanto com uma perspectiva de realizar diagnósticos precoces e investir nas condições clínicas de um usuário na presença de alterações neurológicas, quanto para avaliar a atividade elétrica gerada no encéfalo como um indicador de ME.

O entendimento do conceito de ME e sua aceitação têm se constituído de fundamental importância para a evolução dos transplantes de órgãos, pois, inicialmente, seu conceito foi elaborado para estabelecer critérios de manutenção de tratamento de doentes neurológicos em UTI's; posteriormente, para caracterizar os potenciais doadores de órgãos, contribuindo, dessa

forma, para um menor tempo de espera nas filas de transplante. (BACCHELLA; OLIVEIRA, 2006).

O conceito de ME passou a ser conhecido em meados de 60, através dos progressos proporcionados nas UTI's ao prover a capacidade de manutenção e suporte das funções do organismo por um período de tempo considerável, a despeito de um encéfalo não funcionante. Entretanto com o recrudescimento de questões éticas, morais, religiosas e legais, foi a partir da realização do transplante cardíaco na África do Sul, foram definidos os critérios para ME, constituindo-se a base médico-legal para a utilização de órgãos. (IMPÉRIO, 2007).

De certa forma, é possível afirmar que o conceito de ME foi estabelecido em decorrência de critérios e convicções da necessidade de obter um número maior de órgãos para doação, e, consequentemente, mais vida, além dos realizados por doadores intervivos e após parada cardíaca. (VARGAS, 2005; PESSINI; BARCHITIFORME, 2005).

No entanto, devido à intensificação dos procedimentos de transplante de órgãos e tecidos, não se considerava inicialmente que a ME se constituiria em problema, porém, após a prática dos transplantes, foi reconhecida a maior necessidade de sua legitimação. Sendo assim, os usuários em ME não poderiam mais permanecer por longos períodos mantidos a fim de possibilitar o uso de seus órgãos para efetivação do transplante. (VARGAS, 2005).

É a partir da sua confirmação que existe a possibilidade de obtenção de órgãos, o que pode vir a favorecer pessoas vivas que necessitam de um transplante. Para tanto, há a necessidade de realização de medidas de preservação dos órgãos vitais dos possíveis doadores através de equipamentos, drogas, trabalhadores competentes, comprometidos, do resgate de alguns valores necessários durante o processo de doação, remoção e transplante de órgãos como, o respeito, a dignidade para com os seres humanos, o direito à vida, o direito ao próprio corpo, a solidariedade para com a pessoa que necessita de um órgão para sobreviver, bem como, para com o possível doador e seus familiares, num momento que envolve vários processos de perdas ou mortes.

Vargas (2005) faz uma consideração acerca dos processos de morte que ocorrem durante um possível processo de doação. No primeiro momento, a constatação de ME do usuário é considerada como a primeira morte; posteriormente, a utilização de drogas e equipamentos capazes de substituir funções na tentativa de manter os órgãos viáveis para doação, a segunda morte. Enfim, uma terceira morte ocorre quando o aparelho como um todo colapsa, e os órgãos não podem mais ser aproveitados, ou seja, quando o conjunto de forças que sustentava até então sinais característicos de vida do usuário em condições de morte cerebral já não é mais capaz de resistir às forças da natureza e ao esgotamento do organismo.

Nesta fase as condições dos órgãos vitais tornam-se incompatíveis com a possibilidade de doação ou ocorre evolução do usuário ao óbito antes de efetivar o processo de doação. Daí, a importância de estar atento a estes processos de perdas ou mortes.

A CIHDOTT possui atribuições importantes durante o processo de doação-transplante. Tendo em vista o conhecimento de que o processo se inicia através da identificação dos potenciais doadores, os integrantes da comissão atuam como os principais agentes para favorecer esta identificação, bem como, para dar continuidade ao processo até findá-lo, tornando, assim, efetiva sua realização.

A CIHDOTT faz-se necessária para informar à família a suspeita da ME, realizar os exames comprobatórios do diagnóstico, notificá-la à CNCDO, essa então repassa a notificação recebida pela comissão à Organização de Procura de Órgãos (OPO), que realiza, por fim, a avaliação das condições clínicas do potencial doador e a viabilidade dos órgãos a serem extraídos. Nos casos de recusa familiar o processo é encerrado, e quando autorizadAA a doação, a OPO informa a viabilidade do doador à CNCDO, indicando a equipe transplantadora responsável pela retirada e implante do mesmo. (MORAES; MASSAROLO, 2008).

Após a notificação de ME uma série de ações deve ser realizada para a manutenção efetiva do doador, dessa forma, o conhecimento do processo e a execução adequada de suas etapas, além de possibilitar a obtenção de órgãos e tecidos com segurança e qualidade, evitam inadequações que possa ser motivo de questionamento por parte dos familiares e, até, razão para recusar a doação dos órgãos. (MORAES; MASSAROLO, 2008).

De acordo com Garcia (2006), a taxa estimada de potenciais doadores, isto é, de pessoas com diagnóstico de ME sem contra indicação conhecida previamente para doação, nos diferentes países, é em torno de 50 a 60 pmp/ano. Esta baixa incidência se deve em decorrência da não detecção e/ou não notificação da ME, de contra-indicações de qualidade do órgão ou problemas na manutenção do potencial doador, ou ainda, em razão da recusa familiar à doação.

Ao abordar a questão dos limites para a realização da doação de órgãos, há a necessidade de diagnosticar previamente um potencial doador, pois um pequeno percentual de indivíduos que morrem pode converter-se em doadores de órgãos. Estima-se que somente “1 a 4% das pessoas que morrem em hospital e 10 a 15% daquelas que morrem em unidades de cuidados intensivos apresentam o quadro de morte encefálica, sendo, portanto, potenciais doadores”. (GARCIA, 2006, p. 313).

Pode-se destacar a existência de conflitos relacionados a ME incluindo o transplante de órgãos. Apesar do aumento e da ampla necessidade de aprimoramento do seu diagnóstico, pode-se dizer que não existe uma sincronia entre o progresso científico e sua legislação, uma vez que, o entendimento de morte pode representar diferentes interpretações, ou seja, judicialmente, a morte pode ser diagnosticada somente na presença de parada cardíaca. (VARGAS, 2005).

É um tanto duvidoso refletir sobre o conceito científico de morte realmente, sabendo-se que, em condição de ME, a pessoa ainda pode ser sustentada por horas ou dias dependendo do seu estado hemodinâmico. Em nosso contexto cultural, tal conceito apresenta-se ainda com os mais diversos significados, ao ser utilizado como um critério para doação de órgãos, gerando assim conflitos de pensamento entre familiares, indivíduos, trabalhadores da saúde, enfim, entre a sociedade de uma maneira geral, acerca dos diferentes critérios a serem utilizados para o diagnóstico de morte. (VARGAS, 2005).

A medicina atual enfatiza critérios que incluem a necessidade de morte de todo o encéfalo para que o indivíduo seja considerado morto. Todavia, na medicina, há uma corrente ponderável que acha dispensável o diagnóstico da ME e enfatiza que quando há uma precisão do diagnóstico de MC, isto já é satisfatório. A discussão, então, ocorre exatamente no confronto entre essas duas linhas de pensamento, uma que defende a necessidade de um conceito ou critério de ME e, outra que sustenta o ponto de vista de que seja suficiente um conceito de MC. (ALMEIDA; MUÑOZ, 2002).

Enquanto uns defendem a adequação do significado de ME como um critério básico para favorecer o processo de doação-transplante, tendo como finalidade aliviar o sofrimento do crescente número de indivíduos e famílias que aguardam por um ato de solidariedade, outros discutem sobre a maneira que se deu a morte para assim conceituá-la, conforme estabelecida pela legislação.

De acordo com Quintela (2006), a ME é clinicamente diagnosticada através do exame físico, de testes neurológicos clínicos e de história clínica completa e confirmada por testes complementares durante intervalos variáveis entre 6 e 12h, para que se excluam ação de drogas e/ou outras causas irreversíveis do coma, próprios de determinadas faixas etárias (considerando a lei n° 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento). Depois dessas avaliações, ainda, pode ser realizado um exame complementar: EEG ou uma arteriografia.

A Resolução n. 1.480/97, do CFM, define os critérios para o diagnóstico de ME e dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes de humanos para fins de transplante. Dentre

as condições consideradas como fundamentais para confirmar o diagnóstico de ME, é destacada a necessidade de demonstrar uma causa suficiente do extenso dano cerebral; excluir causas reversíveis do coma; confirmar ausência de condução neuromuscular, perfusão sanguínea cerebral; bem como, confirmar a ausência dos reflexos de tronco encefálico. (BRASIL, 1997).

A partir desta perspectiva, todo o indivíduo em condição de MC é definido como potencial doador de órgãos, quando confirmada sua morte de acordo com os critérios aceitos pelo CFM, levando em consideração a anuência dos familiares ou manifestação expressa em vida do ente querido da vontade de doar seus órgãos pra fins terapêuticos ou científicos. (QUINTELA, 2006).

Em relação aos potenciais doadores em ME, a lei brasileira é clara e segue os preceitos éticos, requerendo o consentimento livre e esclarecido da família para retirada de órgãos e tecidos para transplante. Estas determinações encontram-se amparadas na Lei n. 10.211, 23 de março de 2001 (BACCHELLA; OLIVEIRA, 2006).

De acordo com Almeida e Muñoz (2002), o processo de captação, remoção, doação e transplantes de órgãos envolve interesses familiares e de natureza coletiva. Ambos se aplicam no princípio da inviolabilidade e da indispensabilidade, ou seja, quando a pessoa morre, apesar do cadáver não ser mais considerado pessoa, isto não dá o direito a outros de violá-lo nem dispensá-lo.

Almeida e Muñoz (2002, p. 150) referem ainda, que, em contraposição a estes interesses, existem, também, os interesses públicos e privados, sendo que os de natureza pública podem ser subdivididos em:

a) interesse científico: quando há necessidade de corpos para realização de pesquisas, as quais propiciam o avanço científico; b) interesse didático: situações em que os cadáveres são imprescindíveis para o ensino: anatomia, técnica cirúrgica, demonstração de autópsia anátomo-clínica ou outras com finalidades docentes; c) interesse higiênico-sanitário: quando, por exemplo, a definição da exata causa da morte, de uma ou de várias pessoas, é fundamental para a Saúde Pública; d) interesse judicial: quando a causa *mortis* for de natureza violenta ou de caráter suspeito, ou se tratar de cadáver desconhecido, ou seja, situações em que o corpo deva, necessariamente, ser encaminhado para exame médico-legal; estas eventualidades são todas previstas em lei e o cadáver pode, legalmente, ser retirado da "posse da família" e entregue à tutela do Estado.

Os interesses privados então são os que se caracterizam principalmente pelo desejo de aproveitar órgãos para fins de transplante. (ALMEIDA; MUÑOZ, 2002); por outro lado, os

órgãos ou o corpo, também, poderão ser utilizados para realização de pesquisas, ensino didático, técnicas cirúrgicas e outras condições que necessitam desta disponibilidade.

Neste contexto de utilização de cadáver para diversos fins podemos incluir a existência do comércio de partes do corpo de cadáveres para fins de educação médica e pesquisa, bem como companhias farmacêuticas que também compram grande quantidade de tecidos para fins comerciais. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005).

Todos esses preceitos e interesses geram o problema de legalidade do ato de transplantar. Para que se estabeleça a legalidade da retirada de órgãos e cadáver existem pontos que são essenciais a serem observados, como por exemplo, os problemas clínicos, cirúrgicos e os de natureza imunológica, este último envolvendo a problemática da rejeição.

Além desses, temos os dilemas de natureza ética, relativos ao receptor, à equipe que vai realizar a intervenção e à instituição onde os transplantes serão efetivados. (ALMEIDA; MUÑOZ, 2002).

O desconhecimento e aflição da família em relação ao processo de doação e transplante de órgãos no qual um dos seus familiares está envolvido, o medo e ansiedade sobre as prováveis mudanças no aspecto físico causado pela cirurgia no corpo, o desconhecimento do cuidado com o corpo e dos fins de sua utilização (interesse científico, didático), o desconhecimento da instituição, dos trabalhadores que realizarão o processo de transplante, dúvidas sobre a utilidade dos órgãos após sua retirada, dentre outros, são critérios a serem considerados ao abordar a família em caso do uso do corpo após sua morte. Neste caso, a família necessita de um suporte psicológico, do estabelecimento de laços de confiança e de atenção especial por parte da equipe envolvida no processo a fim de que tenha a oportunidade para expor suas preocupações e esclarecer suas dúvidas, de modo a minimizar a ansiedade e inquietudes originadas durante o enfrentamento de dor nos diferentes processos de perdas e mortes.

3.4 DILEMAS ÉTICOS E MORAIS X ABORDAGEM FAMILIAR E O CONSENTIMENTO EXPRESSO DO DOADOR

O transplante de órgãos e tecidos é visto com esperança de vida nova e como uma opção para usuários portadores de doença terminal. Esse é o resultado dos avanços de diversas áreas da Imunologia, da Cirurgia, da Tecnologia da Terapia Intensiva, da Farmacologia, dentre outras. Entretanto, nota-se que os sistemas de transplantes são atualmente, vítimas de seu próprio sucesso, pois, à medida que as listas de espera se alongam, a disponibilidade de órgãos permanece quase que estabilizada, acarretando, consequentemente um aumento de mortes nas filas à espera por um novo órgão. (IMPÉRIO, 2007).

Para Silva et al (2008, p. 8), o transplante é uma modalidade terapêutica em que o sucesso, na maioria das vezes, ao contrário das outras terapias, depende mais dos outros – e quase sempre de forma involuntária – do que da vontade do doente e dos médicos, pois, sem um doador, não há a possibilidade de realização de um transplante.

Neste sentido, torna-se fundamental a divulgação e o fornecimento de informações claras e objetivas tanto para a população, quanto aos familiares de potenciais doadores de órgãos. Estas informações podem ser realizadas através da educação na mídia, jornais, palestras nas escolas, comunidades, enfim, em diversos ambientes, tendo, como finalidade, favorecer, à sociedade, o conhecimento e a clareza acerca do processo que envolve a doação-transplante.

Nesta perspectiva, os dados divulgados estariam relacionados à escassez de órgãos; ao número de usuários e ao tempo de espera na fila; aspectos relacionados a ME; a importância do ato de doar para quem aguarda um novo órgão, ou seja, aos usuários, muitas vezes, esperançosos e ansiosos à espera de um ato de carinho e solidariedade dos principais agentes responsáveis para a realização do transplante: os familiares.

Ao fazer referência à escassez de órgãos para transplantes, Sadala (2001) a atribui tanto à desinformação da população, quanto ao modo como o sistema de saúde está estruturado, mostrando que o panorama internacional é semelhante ao brasileiro, ao referir que,

Na extensa literatura de doações de órgãos, aparecem questões que poderíamos dizer "universais" em relação à doação de órgãos: a negativa da família em consentir na doação de órgãos é citada como principal entrave na efetivação de transplante de órgãos, os comportamentos dos familiares em relação à doação de órgãos estão condicionados a questões culturais e psicológicas, há a tendência de familiares consentirem na doação quando bem

orientados a respeito do conceito de morte encefálica e da finalidade humanística de doar, o sucesso na captação de órgãos depende das habilidades comunicativas dos profissionais da saúde ao relacionarem-se com os familiares doadores. (SADALA, 2001, p. 144).

Por outro lado, problemas têm sido postos com progressiva e inquietante clareza sobre qual a política mais adequada para a realização dos transplantes de órgãos: a que exige a possibilidade de doação, por parte do usuário ou de sua família ou, a que privilegia a chamada doação presumida? Burocratas e tecnocratas no âmbito da saúde tentaram impor no Brasil a chamada doação presumida, isto é, o cidadão contrário à doação, necessitava registrar a expressão "Não Doador de Órgãos e Tecidos" em algum documento de identificação, (RG) ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH). Logo, todo brasileiro que não registrasse essa negativa em vida era considerado um potencial doador. A doação presumida não encontrou respaldo na sociedade brasileira, evidenciada através do número de rejeições de doação de órgãos, demonstrado no documento de identidade dos indivíduos, pois houve uma taxa de até 97% de rejeição após o estabelecimento da doação presumida. Segundo informações do MS, 90% das famílias não autorizavam a retirada de órgãos de parentes em ME a partir da vigência da lei. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005).

Nesta perspectiva, foi publicada, posteriormente, a Medida Provisória n. 1.718 de 06 de outubro de 1998, tornando obrigatória a consulta familiar para autorização de doação de todos os "doadores presumidos", fato que já ocorria na prática. Deste modo, a Lei n. 10.211, publicada em 23 de março de 2001, que altera dispositivos da Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento", definiu o consentimento informado como forma de manifestação à doação:

A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmado em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. (BRASIL, 2001).

A lei brasileira é clara e exige o consentimento da família para a retirada de órgãos e tecidos para transplante, ou seja, a doação é do tipo consentida. No Brasil, segundo dados da ABTO, "o índice de negativa de doação por não autorização familiar varia de 16,5% a 100%, sendo em torno de 40% no Estado de São Paulo". (BACCHELLA; OLIVEIRA, 2006, p. 128).

Frente a este contexto preocupante, a credibilidade e a viabilidade do sistema de transplantes de órgãos, passou por momentos de grandes agitações: houve uma alteração na

lei, em 1998, pela Medida Provisória (MP), acrescida à lei da doação presumida. Nesta situação, independentemente do indivíduo manifestar a sua vontade de doar enquanto em vida, há a necessidade de consultar a família, e esta, inclusive, pode manifestar-se contrária à decisão do indivíduo. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005), mantendo a mesma deficiência da lei anterior quanto à manifestação da vontade e autonomia do indivíduo, pois, a família é quem decide frente à possibilidade de doação de órgãos.

Assim, "se por um lado a lei n. 10.211/01 avançou no sentido de retirar o monopólio do corpo *post mortem* das mãos do Estado conforme preconizava a lei n. 9.434/97, esta não solucionou o problema da manifestação de vontade do indivíduo ao atribuir à família a prerrogativa de dispor sobre seu corpo *post mortem"*. (ROQUETTE, 2006, p. 4).

Se para uns a outorga do direito de disposição à família corresponde a um apelo de natureza solidária, ainda assim considero que a lei n. 10.211/01 viola o direito à integridade em sentido imaterial ou moral da pessoa humana ao desconsiderar o indivíduo como centro emanador de vontade sobre si mesmo conforme princípio constitucional da liberdade individual, transferindo à sua família o direito de dispor sobre o corpo humano *post mortem* do mesmo. (ROQUETTE, 2006, p. 5).

Tendo em vista a principal alteração introduzida pela lei n. 10.211/2001, a qual institui que apenas os familiares devem decidir acerca da doação, ou não, dos órgãos do potencial doador, a abordagem familiar se torna um dos critérios fundamentais para efetivar o processo de doação-transplante. (VARGAS et al, 2007).

Para tanto, o momento da abordagem familiar a fim de informá-la sobre a ME e a possibilidade de um transplante, requer um trabalhador comprometido e consciente com o seu fazer, e que a CIHDOTT em que atua, esteja capacitada e ciente da sua responsabilidade e atribuições como comissão. Tais considerações são fundamentais para favorecer maior segurança e aproximação à família, que está passando por um momento de luto e dor pela perda do seu familiar.

Partindo do pressuposto que a decisão da família em consentir a doação de órgãos é um critério indispensável à realização de transplantes, além da condição de ME, e que a etapa de aproximação dos trabalhadores da saúde e a família é um dos momentos mais difíceis, os trabalhadores precisam resgatar sua sensibilidade para acolher a família, favorecendo sua compreensão acerca das condições de saúde do seu familiar, proporcionando, assim, todos os esclarecimentos necessários para uma tomada de decisão frente à possibilidade de doar ou não.

Para Vargas et al (2007, p. 4), otimizar um processo de comunicação acerca da doação de órgãos à população é outro ponto facilitador. Isto permite a troca de conhecimento entre as pessoas, facilita a compreensão sobre o assunto e promove a interação entre a comissão e os familiares no momento da abordagem.

A entrevista familiar é um ponto fundamental no processo de doação de órgãos, porque envolve questões relacionadas à percepção e a avaliação das atitudes dos profissionais, pela família, à forma como obtiveram informações acerca do estado clínico do ente querido, inclusive o entendimento sobre a ME. (VARGAS et al, 2007).

Para os integrantes da CIHDOTT, é necessário garantir um bom entrosamento com a família e estabelecer um clima de confiança, é preciso acreditar no processo de doação-transplante; conhecer os aspectos que envolvem este processo, ter calma, flexibilidade, compreensão, habilidade e disponibilizar o tempo necessário para dialogar e viabilizar a doação. A partir da consideração destes aspectos, pode-se iniciar a abordagem da família. Este processo requer o respeito aos sentimentos de luto enfrentado e uma explicação que leve em consideração, também, o grau de entendimento e a capacitação para a tomada de decisão em doar ou não doar, o que requer a compreensão do contexto socioeconômico e cultural do provável doador e da sua família. (VARGAS et al, 2007).

Obter o conhecimento da percepção de familiares que recusaram a doação de um familiar com diagnóstico de ME, poderá contribuir para a implementação e otimização de ações que favoreçam a não a ocorrência de inadequações no processo de doação e transplante, e também contribuir para uma melhor assistência a essas famílias, evitando que esses fatores sejam obstáculos à doação. (MORAES; MASSAROLO, 2008).

3.5 A COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE E AS MEDIDAS ORGANIZACIONAIS

Apesar dos transplantes serem realizados por aproximadamente 35 anos no Brasil, não existia uma política responsável pelo planejamento, coordenação e regulamentação para a captação e transplantes de órgãos, a qual dependeu, inicialmente, da iniciativa dos integrantes dos centros de transplantes e, posteriormente, das dinâmicas instituídas nas centrais de transplante de alguns Estados. Dentre os possíveis obstáculos existentes para a realização dos transplantes no país, Garcia (2006) destaca os organizacionais como os mais importantes:

- Modelo de organização em três níveis (nacional, estadual e hospitalar);

- Definição do SNT, com a assessoria do Grupo Técnico de Assessoramento (GTA), como responsável pela política dos transplantes no país, com função principalmente normatizadora;
- Criação da CNCDO), atuando no aeroporto de Brasília, na alocação e intercâmbio de órgãos e tecidos entre os estados;
- Criação das CNCDOs em todos os estados que realizam transplante, com funções de organização e de alocação de órgãos e tecidos ("listas únicas" regionais), em seu âmbito;
- Criação do cargo de coordenador de transplante nos hospitais com UTI, os quais devem ficar responsáveis pela procura de doadores;
- Recredenciamento de todos os centros de transplante de órgãos e tecidos do país;
- Incentivo à formação de centros de transplante em regiões menos assistidas (Norte e Nordeste). (GARCIA, 2006).

A criação do SNT e das CNCDO foi o primeiro passo no sentido de modificar a situação dos transplantes no país. Neste modelo, o SNT é o responsável pela política de transplante no país, assessorado pelo GTA, com funções normativas a nível nacional, sendo que compete ao Estado as funções de normatização, distribuição e fiscalização em seu âmbito; enquanto que a procura de doadores é atribuição do hospital e dos coordenadores das CIHDOTT. Do ponto de vista organizacional, para agilizar o funcionamento deste sistema, ele deve ser aprimorado, promovendo a continuidade da formação e a utilização efetiva dos coordenadores hospitalares na grande maioria dos hospitais com UTI e/ou emergência.

Outra medida organizacional necessária diz respeito à adequação do número de centros de transplante, pois embora o número de centros ativos de transplante no país pareça ser adequado, o número médio de transplantes realizados ainda é pequeno. Uma taxa aceitável de centros de transplante, pelo critério populacional, seria de um centro de transplante renal para cada 1,5 milhão de população; um centro de transplante hepático e pancreático para cada 3 a 4 milhões; e um centro de transplante cardíaco e pulmonar para cada 5 a 6 milhões de habitantes. (GARCIA, 2006).

Segundo Assis (2008), o Brasil possui hoje um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. Com 555 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizados pelo SNT a realizar transplante, o SNT está presente, através das CNCDO's, em 25 estados da federação.

No entanto, parece haver um contraponto em tais questões, pois, mesmo com a existência de um dos maiores programas públicos do mundo, o número de transplantes ainda

não é considerado relativamente significativo. Neste sentido, mesmo tendo ocorrido um importante aumento na viabilização de possíveis doadores em potenciais doadores, o desperdício de órgãos, decorrente da falta de notificação do diagnóstico de ME para as Centrais de Transplante, talvez seja uma destas causas, ou seja, quase 60% dos possíveis doadores foram desperdiçados; além da sub-notificação, causas como a parada cardio-respiratória; contra indicação médica, falta de consentimento da família, dentre outros. (ASSIS, 2008).

Segundo a ABTO (2008), entre asas causas de não-efetivação da doação, analisadas a partir do número de potenciais doadores nos estados brasileiros pode-se destacar: a não autorização familiar 24,9%; seguida da parada cárdio-respiratória 22,6%; contra-indicação médica 12,4%; ME não confirmada 7,4%; infra-estrutura inadequada 0,1%, e, outras causas 12,1%.

Outro aspecto importante é a desigualdade geográfica na distribuição dos centros e das taxas de transplantes, sendo estes preponderantes nas regiões Sul e Sudeste. A situação mais grave e que necessita de atuação urgente é a da região Norte, com uma população de aproximadamente 12 milhões de habitantes e, em torno de 45% da extensão territorial do país, possuindo somente um programa de transplante em Belém. Torna-se imprescindível, portanto, nesta e em outras regiões, incentivar a criação de centros de transplante, com critérios, possivelmente, menos rígidos no que se refere aqueles exigidos em outras regiões como a Sul e Sudeste. (GARCIA, 2006).

Outras causas estão relacionadas ao desperdício de doadores e consequentemente, ao menor número de transplantes realizados, tais como: a dificuldade dos trabalhadores da saúde em manter as funções hemodinamicamente estáveis do potencial doador em ME; a pouca efetividade das CIHDOTT's, OPO's, CNCDO's em desenvolver suas atividades, repercutindo deste modo, em um processo de doação-transplante com menores chances de sucesso.

Pretende-se, então, a relevância de conhecer as vivências da CIHDOTT, o significado atribuído a doação-transplante por esta, bem como, as dificuldades durante o desenvolvimento de suas atividades, aspectos pouco salientados nos estudos, porém, imprescindíveis para agilizar e favorecer o processo de doação-transplante.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa, do tipo exploratória. Estudos exploratórios são realizados quando uma nova área está sendo investigada, neste caso, a vivência da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) da instituição hospitalar do extremo sul do Brasil.

A pesquisa qualitativa do tipo exploratório teve início com um fenômeno de interesse - o transplante de órgãos e tecidos, e buscou investigar sua natureza complexa e outros fatores com os quais este fenômeno se relaciona, com a finalidade de desvendar as várias maneiras pelo qual a vivência dos integrantes da CIHDOTT se manifestaram, bem como, seus processos subjacentes. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Buscou-se um modelo de associação como forma de esclarecer o significado subjacente e a dimensão dos fenômenos. "Os resultados da pesquisa qualitativa são, tipicamente, baseados nas experiências da vida real de pessoas com conhecimento do fenômeno em primeira-mão". (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 30).

A pesquisa qualitativa envolve diversas estratégias de coleta de dados, o que exigiu do pesquisador o envolvimento constante, a flexibilidade, a capacidade de desvelar os fenômenos e compreender a experiência humana tal como esta é vivenciada. O pesquisador tende a evidenciar situações relativas à individualidade humana, holística e permeada por incessantes transformações, instigando-o na busca da compreensão da diversidade de aspectos envolvidos na complexidade das vivências dos integrantes da CIHDOTT e das especificidades da realidade a qual estes estão inseridos. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na instituição hospitalar do extremo Sul do Brasil, o Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP) de Pelotas.

O HUSFP é o maior centro médico de Pelotas, atendendo um expressivo número de usuários da cidade e das regiões circunvizinhas. A equipe que atua no HUSFP é composta por diferentes classes de trabalhadores de diversas áreas, docentes e discentes, os quais desempenham suas atividades num ambiente harmônico, visando a atualização e

aprimoramento da equipe, bem como, a satisfação das necessidades no atendimento aos usuários e da população em geral. (NUNES, 2010).

O HUSFP firma parcerias com pessoas físicas, empresas ou organizações que ingressam na área social de construção da cidadania, ampliando os serviços e a capacidade de assistência, buscando a excelência na qualidade e promovendo o papel da Responsabilidade Social das organizações. Sua clientela compreende, a priori, o atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a usuários com planos de saúde conveniados e particulares. A instituição assume como missão a promoção da saúde numa visão ética e humanizada através da assistência integrada ao ensino e à pesquisa, oportunizando a qualidade de vida aos indivíduos. (NUNES, 2010).

A CIHDOTT constituída no HUSFP tem como responsabilidade a promoção de programas de educação permanente envolvendo a comunidade, com o intuito de instruí-la e esclarecê-la sobre assuntos e considerações pertinentes à doação e transplante de órgãos. A Comissão do HUSFP tem como atribuições: identificar os potenciais doadores em ME; realizar o diagnóstico e sua notificação às CNCDO; promover a manutenção das funções hemodinâmicas dos órgãos do doador; enviar mensalmente os relatórios de suas atividades às CNCDO, bem como, organizar o processo de captação de órgãos, de modo a garantir uma abordagem adequada aos familiares e ações embasadas nos preceitos éticos e morais estabelecidos para o desenvolvimento de todo o processo. (NUNES, 2010).

4.3 INFORMANTES DO ESTUDO

Os participantes deste estudo compreenderam os trabalhadores da saúde que atuam como membros da CIHDOTT do HUSFP. A CIHDOTT possui uma lista nos quais os trabalhadores encontram-se nomeados como membros efetivos desta, de modo espontâneo e voluntário. Num primeiro momento foi realizado um contato inicial com a assistente social e a coordenadora da comissão através de telefonemas, troca de emails e encontros no próprio HU. Nestes, foram esclarecidos aspectos referentes ao desenvolvimento da pesquisa e apresentado os demais membros. Concomitantemente, foram sendo realizado contato, agendamento e a aplicação da entrevista com os membros que demonstraram interesse à pesquisa. A implantação desta pesquisa ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde-CEPAS, Processo Nº 63/09 da Universidade Federal do Rio Grande – FURG.

Tendo decidido desenvolver esta pesquisa com os trabalhadores integrantes da CIHDOTT foi realizado um contato inicial com esses, observando suas manifestações e

interesse em relação à proposta. Dentre os trabalhadores que participaram da entrevista compreenderam: um médico, sete enfermeiros (as), uma assistente-social e dois supervisores noturnos, totalizando onze membros entrevistados. Foram explicitados os objetivos e a metodologia do estudo, incentivando-os à participação. O número de participantes foi definida espontaneamente, de acordo com a adesão dos trabalhadores e a manifestação de seu interesse.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2010. Na perspectiva de conhecer o processo de trabalho desenvolvido na CIHDOTT no processo de doação e transplante, optou-se por utilizar como instrumento para coleta dos dados a técnica de auto-relatos não-estruturados, ou seja, a entrevista aberta (APÊNDICE A). A entrevista carrega em si, a percepção dos sujeitos pesquisados, não sendo possível a imposição de idéias do pesquisador, mas sim, que este se torne um bom ouvinte ao questioná-los. Polit, Beck e Hungler (2004, p. 30) referem que "os seres humanos são os instrumentos diretos através das quais a informação qualitativa é reunida e eles são ferramentas inteligentes e sensíveis, porém falíveis".

Para tanto, a entrevista foi composta por questões abertas, tendo em vista que a finalidade deste método é encorajar "os respondentes a definir as dimensões importantes de um fenômeno e a elaborar o que é relevante para eles, mais do que a ser orientados pelas noções de relevância transmitidas a priori pelo investigador". (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 251). Neste sentido, Polit, Beck e Hungler (2004, p. 254) referem que as questões abertas "permitem informações mais ricas e completas", possibilitando que os informantes expressem suas próprias convicções; permite também, estar atenta aos sujeitos, à expressão de seus sentimentos, valores, diferentes modos de ser, agir, comportar-se nas vivências da CIHDOTT, percebendo, assim, o significado atribuído pelos integrantes no processo de doação-transplante.

As entrevistas foram agendadas previamente com os trabalhadores, de acordo com sua disponibilidade e mediante sua autorização e indicação para o encontro, bem como, com seu consentimento para o uso do gravador. As informações obtidas nas entrevistas foram gravadas, transcritas, registradas, bem como validadas com os participantes do estudo. As fitas contendo os relatos dos sujeitos serão guardadas por um período de cinco anos para que seja assegurada a validade do estudo.

Assim, foi importante este momento de proximidade entre os membros da CIHDOTT e da pesquisadora; esta, mantendo-se atenta e demonstrando interesse mediante o relato das vivências destes trabalhadores, dos detalhes das experiências com captação de órgãos, possibilitando, desta maneira, a interpretação dos sentidos e as significações das falas.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização da pesquisa foi respeitada a Resolução n. 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Esta proposta de pesquisa foi submetida ao CEPAS da FURG. Inicialmente foi apresentado um documento à Direção da instituição do Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP), solicitando a sua permissão para a implantação deste estudo (APÊNDICE B), bem como, um documento à Coordenadora da CIHDOTT (APÊNDICE C). Do mesmo modo, foi entregue aos membros da CIHDOTT, um documento prestando esclarecimentos quanto ao estudo, convidando-os a participarem do mesmo; explicitando os objetivos e a metodologia proposta; solicitando o seu Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), assegurando o respeito aos aspectos éticos envolvidos, como, o direito à privacidade, garantindo o respeito e o anonimato dos participantes. O documento foi assinado pela pesquisadora e pelo(a) participante, sendo disponibilizada uma cópia para cada um deles.

Procurou-se esclarecer aos trabalhadores da sua possibilidade de abandono da proposta em qualquer etapa do estudo, sem qualquer prejuízo para si, com o compromisso ético de assegurar o sigilo das informações obtidas durante o seu desenvolvimento, solicitando o seu consentimento para a divulgação destes dados de forma anônima.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 148), a finalidade da análise dos dados em uma pesquisa qualitativa "é usar os dados, fundamentados na realidade, para proporcionar uma explicação dos eventos, como ocorrem na realidade-não como foram contextualizados nas teorias pré-existentes", ou seja, independentemente do tipo de dado, a pesquisa qualitativa tem como finalidade organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados de pesquisa.

Primeiramente os dados foram organizados, a fim de obter o desenvolvimento de um método para classificá-los e indexá-los. Posteriormente, convertidos em pré-categorias, ou seja, foi desenvolvido um esquema de classificação agrupando-se os dados semelhantes, com

o intuito de facilitar a busca do significado e do entendimento mais profundo, permitindo melhor organização e controle do seu conjunto. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Neste sentido, realizou-se a análise e a inter-relação dos dados a partir da organização e da extração do seu significado na pesquisa, a qual exigiu uma atividade intensiva, o uso da criatividade e o resgate da sensibilidade para favorecer a interpretação dos achados. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), algumas dimensões interpretativas devem ser consideradas no estudo qualitativo: credibilidade dos resultados, o tempo suficiente para a coleta de dados, a fim de obter um entendimento mais profundo da cultura, linguagem, ou pontos de vista da Comissão, e para estabelecer confiança e empatia com os participantes; o significado dos resultados a partir das interpretações, da integração das pré-categorias; a importância dos resultados da pesquisa como transformação social e o processo de análise qualitativa, o qual poderá servir como subsídios para outros estudos.

Na tentativa, então, de alcançar o objetivo dessa pesquisa, procedeu-se à releitura dos dados, constituindo-se a análise dos resultados da pesquisa com os integrantes de uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) de um Hospital Universitário de Pelotas/RS, localizado no extremo sul do Brasil. Assim, constituiu-se o capítulo denominado: A vivência como Integrante de uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), da qual emergiram as seguintes categorias: a implantação da CIHDOTT; o ingresso dos integrantes da CIHDOTT; o significado de participar na CIHDOTT; os fatores que favorecem a atuação da equipe; os fatores que dificultaram a atuação da equipe; estratégias utilizadas para favorecer e tornar o processo de doação-transplante mais efetivo no HU; contribuições obtidas a partir do adequado funcionamento da comissão e as questões éticas presentes no desempenho das atividades dos trabalhadores.

5 A VIVÊNCIA COMO INTEGRANTE DE UMA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE (CIHDOTT).

As atividades desenvolvidas pelas CIHDOTT's são pouco conhecidas e divulgadas, tanto em âmbito profissional como nos currículos dos cursos de Graduação em Saúde, tornando-se relevante discutir essa temática. A busca do conhecimento acerca da vivência dos integrantes de uma comissão constitui-se uma possibilidade de tornar visível esse processo, oportunizando a sensibilização, a informação e os caminhos a serem construídos para a captação, doação e transplante de órgãos, por instituições que desejam implantar uma CIHDOTT.

O processo de doação e transplantes de órgãos envolve vários procedimentos empregados mundialmente utilizando protocolos, rotinas, procedimentos, legislações, dentre outros, requerendo uma CIHDOTT responsável e especializada durante o processo de captação e doação de órgãos, desde a identificação do potencial doador, até a retirada dos órgãos para doação. Por outro lado, vale ressaltar que a falta de órgãos para doação, muitas vezes, é devido ao desconhecimento da população no que se refere à captação de órgãos e ao procedimento do transplante. (VARGAS et al, 2007; DEL AGNOLO, et al, 2009).

Neste sentido, destaca-se a relevância dos integrantes da CIHDOTT e colaboradores pelo trabalho que realizam nesse processo, pois atuam num momento de grande apreensão e ansiedade presente em todas as etapas do transplante; uma delas juntamente aos familiares, num momento difícil representado pela perda de um parente, e ao mesmo tempo diante de uma nova possibilidade de vida, o que tem significativa importância social. (ZAMBUDIO et al, 2009).

As vivências relatadas pelos integrantes da CIHDOTT resgatam detalhes desse processo desde períodos anteriores à constituição da comissão através de experiências com a realização de trabalhos durante a graduação; maior interesse pela temática após a vivência de familiares hospitalizados; relatos sobre como ingressaram na CIHDOTT, inclusive de seus sentimentos e emoções durante as abordagens com os familiares, enfim, os momentos significativos que marcaram suas trajetórias com transplantes de órgãos.

5.1 INSERÇÃO DOS TRABALHADORES NA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA CIHDOTT

Os trabalhadores do HU iniciaram o seu processo de formação para atuar na CIHDOTT no ano de 2001. Inicialmente foram realizadas reuniões a fim de estruturar rotinas e protocolos para a doação de órgãos e a organização do processo interno do pronto-socorro e do hospital com a CIHDOTT, uma vez que, o processo de captação de órgãos inclui desde o primeiro diagnóstico de ME, pelo médico intensivista ou neurologista, até a retirada de órgãos e entrega do corpo à família.

A partir de 2002, alguns trabalhadores do HU interessados na implantação e efetivação da comissão já realizavam visitas e treinamentos internos em hospitais que tinham CIHDOTT's a fim de trocar informações e aprofundar seu conhecimento sobre o processo; realizaram cursos em outras cidades, como Passo Fundo, Caxias do Sul e Porto Alegre, entre eles o de coordenador da comissão, que além de ser uma exigência legal, contribuiu para instruírem outros trabalhadores do hospital acerca do processo de doação e transplante de órgãos.

Pode-se perceber, através das informações obtidas, que os integrantes da CIHDOTT apresentam vivências distintas, demonstrando a complexidade da arte de doar. Manifestaram que inicialmente houve a constituição de uma comissão interna de captação e doação de órgãos de modo muito incipiente no HU, sendo que a sua implantação ocorreu mediante a necessidade da UTI ser classificada como Nível II, conforme expresso:

Quando eu comecei a trabalhar nesta CIHDOTT, foi bem no seu início (...) a gente estava pleiteando o nível dois para a UTI e uma das condições era existir uma comissão interna, na verdade existia (...) mas não era muito atuante (...) (Sujeito 9).

A implantação da CIHDOTT, no ano de 2003, ocorreu porque o HU necessitava estruturar-se para pleitear o nível dois para a UTI. A comissão interna de doação e transplantes, exigência fundamental, já existia oficialmente, porém com uma atuação restrita, possivelmente por problemas logísticos; ou pelo engajamento de seus integrantes em outros programas simultaneamente, diminuindo o ritmo e o desenvolvimento do processo de doação no hospital.

Em 2004 ocorreram algumas doações, as quais diminuíram nos anos posteriores. Em 2007 os índices de doações se ampliaram, e, segundo informações referentes à CIHDOTT, "o ano de 2008 foi muito produtivo, o ano de 2009 foi melhor e está evoluindo" (Sujeito 5).

Segundo os integrantes, modificações foram sendo desenvolvidas tanto no âmbito hospitalar quanto na CIHDOTT. Houve maior incentivo à comunidade interna do hospital na questão da importância do aumento das doações; a equipe da comissão do hospital, composta por enfermeira, assistente social, supervisor noturno, médico, buscou apoio junto à Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos (ADOTE) e com o presidente do Conselho Municipal, tanto pelo comprometimento e interesse de melhorar a organização do processo, bem como, pela obrigatoriedade legal de possuir uma CIHDOTT (Sujeitos 6, 9 e 10).

Articulada a essas ações técnicas e políticas, de acordo com os relatos, foram desenvolvidas campanhas de doação de órgãos, envolvendo voluntários e membros da comunidade que se identificavam com a questão, na mídia; ações educativas como palestras, a fim de mobilizar trabalhadores, pacientes e a sociedade em prol do objetivo maior que era a de aumentar os números de doação e captação de órgãos. Foi estabelecida uma parceria com o Banco de Olhos; mobilizando e incentivando os integrantes das CIHDOTT's de Pelotas, os quais costumam se reunir periodicamente e realizar ações conjuntas, dentre outros (Sujeitos 2, 4 e 9).

Ainda, conforme relatado, as ações coletivas com os trabalhadores e a sociedade são fundamentais para a defesa e credibilidade do trabalho de doação e captação de órgãos. No HU também parece existir um engajamento dos trabalhadores no processo, e este ocorre da seguinte maneira: no momento do óbito, ou seja, quando notificada a ME, os supervisores noturnos são avisados para que, em se tratando de doador de múltiplos órgãos contatem a assistente social ou a enfermeira integrante da comissão (trabalho de sobreaviso) (Sujeitos 6 e 11).

De acordo com os dados coletados nas entrevistas, na seqüência é realizada a parte burocrática através das seguintes passos: inicialmente é contatado a CNCDO para notificar a ME. A seguir, são informados os resultados de exames realizados com o potencial doador; providenciado gelo para ser utilizado quando a equipe de captação chegar; buscada a equipe no aeroporto; realizada a abordagem com a família; efetivada a manutenção dos órgãos do paciente em ME em condições viáveis para a doação. É também preparado por um membro da CIHDOTT (essencialmente pela enfermeira-coordenadora da comissão), o material necessário para a realização da captação de órgãos e tecidos, bem como, o acompanhamento da cirurgia, entre outros procedimentos (Sujeitos 4 e 6).

Além dessas atribuições relatadas, é ainda, dever da CIHDOTT, de acordo com a **Portaria MS n. 1.262, de 16 de Junho de 2006,** (ANEXO A), a qual estabelece as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos

relativos às CIHDOTT's: elaborar regimento interno e manual de atribuições, rotinas e responsabilidades; manter os registros de suas atividades (relatórios diários, formulários, atas de reuniões, documentos de notificações e doações, conforme modelos dos Anexos I e II); arquivar e guardar adequadamente documentos do doador, protocolo de verificação de ME, termo de consentimento esclarecido, exames laboratoriais e outros, de acordo com a Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997; apresentar mensalmente os relatórios a CNCDO, conforme modelo (Anexo III); supervisionar todo o processo iniciado, desde a identificação do doador, incluindo a retirada de órgãos e/ou tecidos, a entrega do corpo do doador à família e responsabilizar-se pela guarda e conservação e encaminhamento dos órgãos e tecidos, conforme orientação da respectiva CNCDO; promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras durante todo o processo de doação no âmbito da instituição; e promover, nos estabelecimentos autorizados para realização de transplantes de órgãos e/ou tecidos, o acompanhamento dos indicadores de eficiência da atividade dos serviços de transplante, relacionados com sobrevida e qualidade de vida de pacientes transplantados e encaminhar essas informações a CNCDO. (BRASIL, 2006).

Assim, pode-se perceber que os trabalhadores que atuam numa comissão de doação e transplante necessitam comprometer-se e resgatar sua sensibilidade para oportunizar que o ato de morrer seja transformado em um ato nobre de doação, bem como, de modo a confortar e atenuar a dor pela perda de um familiar. Para tanto, o cumprimento da legislação vigente, o empenho e a credibilidade dos integrantes da CIHDOTT é uma condição determinante para o sucesso ou o fracasso das várias e complexas etapas que irão definir a efetividade ou não da doação de órgãos e tecidos para transplante. (ZAMBUDIO et al, 2009).

5.2 O INGRESSO NA CIHDOTT

No que se refere ao ingresso dos trabalhadores na CIHDOTT, constatou-se que alguns trabalhadores não haviam tido experiências com a doação-transplante de órgãos anteriormente e que seu ingresso na equipe aconteceu, na maioria das vezes, de modo não planejado, conforme expresso:

Acabei entrando na CIHDOTT meio que por acaso (...) no dia em que eu estava fazendo as férias para a enfermeira do centro cirúrgico acabou tendo uma doação de múltiplos órgãos, e eu adorei (sujeito 4).

Minha vivência foi bem gratificante, entrei na comissão um pouco sem querer, (...) sempre gostei deste tema, sou doadora defendo a doação, mas eu nunca tinha trabalhado nesta

área (...) meu primeiro contato com a CIHDOTT foi numa noite de plantão e teve uma paciente que era possível doadora de córneas e aí eu comecei fazer todos os contatos (...) fiz toda a parte burocrática (...) manutenção do potencial doador, conversa com a família (sujeito 7).

Segundo Silva e Silva (2007), parece existir uma carência em relação ao preparo e às vivências no processo de morte e doação, pois esta temática não é suficientemente abordada durante a graduação e no próprio contexto dos trabalhadores da saúde, bem como, durante seus processos formativos de vida.

Por conseqüência, o aprendizado dos trabalhadores da comissão sobre o processo de doação e os cuidados ao doador parecem ter sido adquiridos através da observação da atuação e dos relatos de vivência dos colegas, bem como, a partir da necessidade de atuarem como membros de uma CIHDOTT frente à realização de uma doação.

O insuficiente conhecimento relacionado à temática dos transplantes de órgãos se deve, principalmente, ao fato de que essa discussão não está sendo oportunizada durante o processo de formação dos profissionais de saúde. Assim, torna-se importante instigar, na graduação, a realização de leituras e discussões, bem como que as questões éticas referentes ao processo de captação e doação de órgãos sejam mais problematizadas numa tentativa de resgatar a sensibilidade dos docentes e discentes acerca do processo de captação e doação, pois compreende-se que a inserção da temática sobre doação de órgãos é de grande valia, e não é menos importante ou relevante que outros aspectos éticos discutidos nos cursos de graduação em saúde.

No entanto, esta temática parece ter sido esquecida ou pouco valorizada na maioria das universidades do nosso país. Reflexões acerca do processo de captação e doação, possivelmente contribuam na formação ético-política dos futuros profissionais, instrumentalizando-os para o enfrentamento de momentos em que terão a oportunidade de fazer a identificação de um potencial doador, contribuindo para a confirmação do diagnóstico de ME; atuando juntamente com a equipe na manutenção dos órgãos do paciente; contatando a Central de Notificação e Captação de Órgãos (CNCDO) e acompanhando os membros da CIHDOTT durante a abordagem familiar.

Apesar de alguns trabalhadores, atuantes na CIHDOTT, terem referido que “entraram por acaso ou sem querer”, percebe-se durante seus depoimentos o interesse e o desejo de fazerem a diferença com o trabalho que desenvolvem. Pode-se constatar, também, que parecia haver um desejo pessoal de alguns trabalhadores para inserirem-se na comissão:

Sou voluntário e tenho isso como uma opção, porque eu acredito na vida, e acho que a doação- transplante faz parte dela, e não faço isso em troca de nada (sujeito 2).

Poder participar de um ato que envolve muita solidariedade, de todas as pessoas que estão envolvidas, dos trabalhadores, das famílias, dos pacientes (sujeito 1).

Outra participante referiu que o interesse em participar desta comissão foi despertado durante uma experiência vivida com um familiar hospitalizado:

Fiquei encantada com o processo aquela coisa toda (...) antes de trabalhar aqui no hospital eu tive com um primo meu internado e aí um dia vi uma criança correndo por ali, devia ter mais ou menos um ano (...) ela tava esperando por um transplante de rim, eu fiquei muito chocada com aquilo (...) não cheguei a imaginar que ela estava ali fazendo hemodiálise e na fila de espera (sujeito 4).

Visualizar alguém com uma necessidade, principalmente ao se tratar de uma criança, desperta sentimentos de solidariedade, de compaixão com o próximo. São fatos marcantes que fazem refletir sobre a diferença dos nossos atos em relação à doação para quem aguarda por um órgão na fila de transplante.

O maior envolvimento dos trabalhadores da saúde e da sociedade no que se refere à cultura da solidariedade requer desenvolver atitudes, pensamentos e agir centrado no interesse global do mundo e, em especial, dos que mais necessitam, com ética, equilíbrio e respeito. A solidariedade é uma prática contra-hegemônica, que visa à valorização da diversidade e da autonomia. Portanto, ser solidário na doação de órgãos não se restringe ao ato de trabalhar em prol da captação e da doação, mas à possibilidade de contribuir com a qualidade de vida de outras pessoas, familiares dos receptores, ou aqueles que receberão o órgão. A solidariedade, nesta visão, baseia-se no princípio de equidade, da não-diferença, de chances de oportunidade sem qualquer forma de discriminação ou de privilégio, enfim, de justiça, na qual está pautada a legislação para transplantes no Brasil. (FUHR, 2006).

Para tanto, os membros das CIHDOTT's e as equipes de captação de órgãos devem estar atentos e preparados para enfrentar a especificidade necessária ao processo de doação. A possibilidade de salvar vidas está relacionada ao empenho das equipes, ao seu comprometimento com o processo e, principalmente, com a sua sensibilidade para abordar os familiares e com o próprio doador, o que, na maioria das vezes ocorre de modo anônimo. A equipe deve ser uma facilitadora do processo, não só da etapa burocrática, mas como elo entre o hospital e a central de transplantes, principalmente no que se refere à solidariedade nas atitudes aos pacientes e à família. (FUHR, 2006).

Atitudes solidárias, de valorização da vida, são demonstradas pelos participantes mesmo antes de fazer parte de comissão. Isso pode ser evidenciado na fala de uma das participantes:

Minha vivência é antes de ser participante desta CIHDOTT, como voluntário de uma ONG conhecida como ADOTE (Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos) (...) fiz meu trabalho de conclusão de curso sobre transplante (sujeito 3).

A partir destas falas é possível perceber que estes trabalhadores se identificam com o processo de doação-transplante, pois trabalham arduamente para o engajamento de mais indivíduos a favor dessa causa por acreditarem na doação e, principalmente na vida, referindo ter orgulho de serem doadores. Neste contexto, a atuação de trabalhadores de modo comprometido e consciente na CIHDOTT torna-se fundamental no processo de doação e transplante de órgãos; pode prepará-los para estabelecer um contato mais direto e, por períodos mais longos com os pacientes e familiares, bem como, causar um maior efeito sobre a população. Este efeito é reforçado pelo status dos membros da comissão como trabalhadores de saúde e protetores da vida. (ZAMBUDIO et al, 2009).

As ações de interesse voltadas para a melhoria nas doações desenvolvidas pelos membros da CIHDOTT anterior a sua inserção na comissão e, após estarem envolvidos nesta, pressupõem o valor que representa o ato de doar em si, bem como o compromisso com a qualidade do processo de doação de órgãos e tecidos, que deve ser sustentada pelos trabalhadores que trabalham na área. Após um longo caminho desde que iniciaram os primeiros transplantes; a criação e aperfeiçoamento das leis e, a criação de novas CHIDOTT`s, constituem-se em mudanças significativas relacionadas à temática, possibilitando construir uma cultura positiva em relação à doação no País para provável contribuição a longo prazo, do aumento nas taxas de doação. (ROZA et al, 2009).

Alguns trabalhadores (sujeitos 2, 3, 5, 9 e 11), atuam desde 2001, sendo que nos encontros para a formação da CHIDOTT eram discutidas as atribuições, estrutura, entre outros aspectos para a constituição de uma comissão. Em 2003, houve uma reestruturação dessa comissão, com a inserção de outros trabalhadores (sujeito 6). Outros foram inserindo-se neste processo de modo não planejado, pela manifestação de seu interesse ou, mesmo, frente ao convite e à necessidade de constituir uma equipe mais efetiva.

Ao conhecer as vivências acerca da implantação dessa comissão pode-se perceber que implantar uma CIHDOTT pode ser um grande desafio para muitos hospitais públicos e privados e, que esse desafio pode ser ultrapassado com o apoio de trabalhadores

comprometidos, com uma equipe que trabalha em prol de um objetivo comum: implantar o processo de captação e doação de órgãos.

5.3 SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS TRABALHADORES ACERCA DE SUA PARTICIPAÇÃO NA CIHDOTT

Participar da comissão significa a possibilidade de salvar vidas, de contribuir com o processo de doação, de ser solidário com o próximo:

Significa colocar em prática o que a gente realmente acredita, que a doação pode salvar vidas (sujeito 3).

Significa contribuir para que esse processo tenha sucesso e seja efetivo (sujeito 5).

O significado é de poder ajudar as outras pessoas que necessitam, por exemplo, de uma córnea, e de outros órgãos, na verdade é de ajudar os que necessitam (10).

(...) um ato de doação independente de qualquer retorno em si (...) tem que estar convicto do que representa o processo de doação tanto para o doador quanto para o receptor da importância deste processo todo (sujeito 6).

Observa-se através dos depoimentos dos sujeitos que o processo de doação de órgãos é importante, tanto para atender as necessidades de sobrevivência dos receptores dos órgãos, quanto pela satisfação proporcionada quando desempenham suas funções para efetivar esse processo. A ajuda às pessoas foi destacada como a principal atribuição realizada pelos trabalhadores da CIHDOTT em relação à doação de órgãos. A solidariedade pode ser compreendida como uma percepção moral frente ao sofrimento de quem espera a realização de um transplante e de quem se tornou um potencial doador, ou ainda, de empatia, de ser solidário no sentido de "colocar-se no lugar do outro"; com o objetivo de sensibilização para a doação de órgãos, bem como, do alivio do sofrimento.

A solidariedade está atrelada a atitudes pessoais, a partir da cultura individual de cada ser humano, para o enfrentamento das diversidades e da necessidade de ajudar o próximo, significa ir além de atitudes pontuais; necessita de uma postura pessoal e coletiva que implique dedicação de tempo e esforço em prol da vida, expressando a possibilidade de respeitar princípios éticos e morais. (SIQUEIRA, 2004).

Os informantes acreditam no que representa a doação e que, ao fazer parte da CIHDOTT, estarão contribuindo para o processo de doação-transplante e consequentemente para os demais envolvidos, ou seja, as famílias tanto do doador quanto do receptor; os trabalhadores engajados na causa; e, principalmente, os receptores de órgãos e tecidos.

Participar e concretizar o processo de doação produz uma sensação de bem-estar:

Para mim significa prazer, gosto de fazer isso, é uma coisa que não tem nem como explicar, que vem de dentro (...) tem tanta gente precisando e a gente pode estar ajudando, participando (...) a família se sente útil, sente que esta fazendo o bem, então é bem gratificante (sujeito 7).

É muito gratificante, eu acredito na causa, o significado não tem explicação, depois que acaba um processo onde se concretizou a doação sinto como se já pudesse morrer, sabe? Uma sensação de missão cumprida (...) imaginar como será a vida de alguém que recebeu aquele órgão é emocionante (sujeito 11).

Pode-se perceber que os integrantes da CIHDOTT encontram-se envolvidos e comprometidos, demonstrando sensibilidade ao tratar do processo de doação de órgãos; desenvolvem com prazer as atividades que lhes competem, acreditando que ao exercer tal prática também contribuem consigo, como seres no mundo. A atuação como membro de uma equipe hospitalar, da CIHDOTT vai além de um cuidado individualizado do potencial doador e seus familiares, pois denota uma sensibilidade e uma atitude solidária com o coletivo da sociedade.

Acredita-se que essas atitudes solidárias podem ocorrer de modo espontâneo, mas, na maioria das vezes, acontecem a partir da reflexão pessoal e coletiva sobre as realidades vivenciadas e, consequentemente, de um resgate da sensibilidade. Sensibilidade entendida como um processo complexo de reorganização intelectual e, sobretudo, afetiva, que canaliza as atitudes pessoais e sociais não para metas exclusivamente individuais ou familiares, mas progressivamente mais amplas e solidárias como a doação-transplante de órgãos. (SIQUEIRA, 2004).

Um estudo realizado junto à população do município de Curitiba, no Paraná, destaca os principais motivos para os indivíduos serem favoráveis à doação, entre eles: a sensação de salvar vida, ajudar ao próximo e doar vida. (DELL AGNOLO et al, 2009). Os mesmos significados são considerados pelos membros da CIHDOTT do HU, sendo o que também os motiva a participar da comissão e a buscar resultados cada vez mais positivos e favoráveis à doação, numa tentativa de contribuir com a vida através da efetivação dos transplantes.

5.4 FATORES QUE FAVORECERAM O TRABALHO DA EQUIPE

A inserção na CIHDOTT ocorreu a partir da identificação dos trabalhadores com o processo de doação-transplante, por acreditarem neste processo e numa tentativa de buscarem conhecimentos e subsídios para uma atuação efetiva. Inicialmente, foi necessária a realização de reuniões para uma organização interna da instituição:

Não existia um conhecimento a respeito do assunto (...) era mesmo pela crença, por amor a camiseta porque hoje existe outro preparo (...) fiz vários cursos, me capacitei na verdade, participei de alguns encontros na semana acadêmica (...) dei palestra (sujeito 9).

A identificação de indivíduos com o processo de doação e a manifestação de interesse pelo assunto são imprescindíveis para a organização e divulgação a respeito da doação e transplante de órgãos. Estes fatores parecem facilitar seu empenho com a educação através de programas comunitários; palestras seguidas de debates nas instituições, em escolas, universidades, e, principalmente, para a formação de coordenadores educacionais, os quais geralmente constituem-se de trabalhadores de saúde, estudantes universitários, voluntários e participantes, que atuarão como formadores de opinião na área de doação e transplante, e participarão de palestras e debates por acreditarem na causa e na diferença dos seus atos. (GARCIA, 2006).

Os trabalhadores evidenciaram a necessidade de instrumentalizar-se para atuar na comissão, através da realização de cursos de capacitação e de visitas em instituições que possuíam uma atuação efetiva no que diz respeito ao processo de captação e doação de órgãos, conforme mencionados pelos participantes:

Em 2004 tivemos algumas abordagens, captações, depois se perdeu a linha que se vinha trabalhando e conseguimos retomar em 2007 (sujeito 5).

Fizemos visitas em hospitais que tinham comissões, alguns cursos em Passo Fundo, Caxias e Porto Alegre (...) foi bem legal porque aprendemos a fazer o trabalho de abordagem com as famílias (...) fizemos o curso de coordenador da CIHDOTT (sujeito 6).

Procuramos entrar em contato com outros hospitais que tem a CIHDOTT, fazer reuniões, trocando informações (...) a gente participou dos treinamentos internos (...) percebemos que eles também tem muitos problemas estruturais (Sujeito 9).

Outro fator contribuinte para a atuação da equipe foi à busca de fundamentação e apoio com órgãos competentes, como a Doação de Órgãos e Tecidos (DOT) e o Conselho Municipal:

Fomos procurar (...) para ver como poderíamos melhorar (...) nosso envolvimento (...) a obrigatoriedade legal (...) daí surgiu a sementinha (...) em prol do objetivo maior que era a de aumentar os números de doação e captação de órgãos (sujeito 9).

A atuação da equipe através da realização dos cursos, a busca com outros órgãos a fim de instrumentalizarem-se acerca da temática, a promoção de encontros periódicos com demais instituições para discussão de todos os aspectos relacionados com a doação e o transplante parece ser uma forma eficaz de troca de informações. Torna-se interessante durante os encontros abordar os assuntos controversos relacionados à CIHDOTT, bem como, os aspectos positivos relacionados à doação e transplante de órgãos desencadeados para a população através da atuação desta. (GARCIA, 2006).

Garcia (2006) ainda refere que a Fundação Social FIERGS, através de Banco de Órgãos e Transplantes, atua na formação de coordenadores educacionais de transplante, no auxílio à ONGs que promovem a doação e o transplante; na realização de campanhas sobre doação, e no auxílio financeiro para o equipamento em hospitais, desempenhando deste modo, um importante papel para a conscientização da população e consequentemente para o aumento nos números de doações.

A existência e o funcionamento da CIHDOTT requerem uma articulação eficiente com a CNCDO, permitindo uma melhor organização do processo de captação de órgãos através da identificação de potenciais doadores e de uma abordagem adequada aos familiares. (CAPPELLARO, 2008). Para tanto, a implementação de regras e rotinas tem de ser efetuada com a participação e entendimento de todos os trabalhadores, para que o processo flua da maneira mais adequada possível. (VARGAS et al, 2007).

Uma das experiências marcantes desta CIHDOTT diz respeito a um processo de transplante, envolvendo a captação e doação de múltiplos órgãos:

(...) a gente ficou responsável de entrar em contato com a Central de transplantes, preparar tudo para quando a equipe chegasse, preparar gelo, material do bloco (...) então desde que começou o processo de manhã até de madrugada eu fiquei aqui no hospital trabalhando, e só saí daqui quando eu entreguei o corpo para a família (sujeito 7).

O processo de captação, portanto, não fica restrito ao contato com a Central de transplantes, nem ao preparo para que a captação do órgão seja efetiva, mas, efetiva-se através do envolvimento e da interação estabelecida entre os trabalhadores e os familiares dos pacientes.

Após estabelecido o contato e a localização da unidade onde está o paciente em provável ME ou com diagnóstico já estabelecido, os integrantes da CIHDOTT examinam o

prontuário em busca de dados sobre sua situação e evolução clínica, também avaliam e controlam constantemente as condições do paciente, estimulando e agilizando a equipe, o médico intensivista e a enfermeira da unidade para a realização dos testes clínicos, abertura do protocolo de ME e envolvimento no processo. Alguns trabalhadores protelam estas etapas, o que ocorre possivelmente pela falta de treinamento, mobilização, ou mesmo interesse para identificar os potenciais doadores e iniciar o processo. (VARGAS et al, 2007).

As experiências vivenciadas pelos trabalhadores da CIHDOTT no processo de captação e doação de órgãos demonstram que a evolução deste processo requer a inserção de novos trabalhadores, reuniões efetivas e relações que favoreçam o crescimento individual e coletivo:

Muita coisa melhorou, foi contratada uma assistente social (...) passamos a fazer reuniões entre as CIHDOTT's de Pelotas, fomos melhorando, me senti muito mais aliviada (sujeito 11).

O ano de 2008 foi muito produtivo, o ano de 2009 foi melhor e está evoluindo, acredito que a gente vá conseguir avançar bastante (sujeito 5).

Os participantes, além de relatarem as vivências desde o seu ingresso na CIHDOTT; os detalhes da sua atuação com os primeiros processos de doação, sua ansiedade e seus sentimentos de emoção, também percebem as mudanças ocorridas na equipe, com a formação e o funcionamento da CIHDOTT, a condução do trabalho da comissão e sua evolução no HU através do trabalho desenvolvido pelos seus integrantes.

Para muitos trabalhadores e até mesmo usuários e familiares, a doação de órgãos passa a ser presente na sua experiência de vida, quando ocorre a demanda, seja para um familiar ou para si mesmos, de ser submetido a um transplante ou mesmo ao atuar como membro do processo de doação-transplante. Alguns afirmam que antes de vivenciarem uma situação referente ao tema ou a uma situação real, não haviam pensado no tema doação; no entanto, após a necessidade, passaram a se interessar pelo assunto e a buscar entendimento do processo e a se engajarem na causa na tentativa de resultados cada vez mais favoráveis à doação. **(**ROZA et al, 2009).

A motivação e o engajamento dos integrantes da CIHDOTT com o trabalho realizado em parceria com as demais comissões e a existência da CIHDOTT no HU são aspectos considerados imprescindíveis para o sucesso das atividades realizadas durante o processo:

(...) a comissão vem desenvolvendo um trabalho bom e agora neste último ano teve um trabalho excelente em parceria com as outras CIHDOTT's (...) eu acho que é mais ou menos por aí é um processo que a gente tem que se engajar e pensar sempre nos benefícios

que irá trazer para quem recebe os órgãos, fruto do trabalho de muitas pessoas dispostas a contribuir (sujeito 6).

(...) o Hospital está começando bem, a equipe motivada, participando das reuniões, dos encontros, debatendo, procurando o melhor caminho a se percorrer durante o processo (sujeito 1).

A CIHDOTT é imprescindível para que o processo tenha sucesso desde a identificação do potencial doador até a notificação de ME passando por todo o cuidado realizado com este paciente, a manutenção, abordagem com a família, até o desfecho final, da doação ou não (sujeito 5).

Já melhoramos muito, no que se refere ao processo de captar já estamos quase lá, abordamos 100% dos familiares de possíveis doadores (...) (sujeito 11).

As vivências são distintas, muitos integrantes participam há mais tempo na comissão, estão mais envolvidos, fizeram os cursos de capacitação, possuem maior conhecimento e experiência sobre as etapas de todo o processo, e, conseguem estabelecer uma relação de como está o andamento da CIHDOTT desde que se iniciou o trabalho. Outros vivenciam as primeiras experiências com a doação, manifestando ansiedade, através dos depoimentos, sua dificuldade em lidar com a morte de pacientes jovens, bem comocom o processo de manutenção dos pacientes em morte encefálica, frente aos seus primeiros contatos de abordagem com a família.

Sentimentos como estresse, ansiedade, medo e frustração, podem estar presentes e ser manifestados em algumas situações pelos integrantes da CIHDOTT frente à responsabilidade do trabalho desempenhado e à possibilidade de não obterem êxito relacionado ao cuidado criterioso na sustentação clínica dos órgãos do potencial doador e através das peculiaridades envolvidas nos procedimentos de doação e transplante de órgãos. (VARGAS et al, 2007).

O processo de captação pode ser aperfeiçoado com algumas medidas, tais como: treinamento com os integrantes da CIHDOTT através de cursos; provimento de equipamentos para agilização dos testes complementares para detecção da ME; extração dos órgãos na Instituição, trazendo benefícios organizacionais à mesma; autonomia das integrantes da CIHDOTT para a dinamização dos processos e obtenção de um maior controle e cuidado, por parte das equipes aos potenciais doadores, evitando perdas significativas, bem como, maior preparo para a abordagem familiar, a fim de aumentar os números de doações. (VARGAS et al, 2007).

5.5 FATORES QUE DIFICULTARAM O TRABALHO DA EQUIPE

Uma das dificuldades da comissão para exercer suas atividades refere-se à escassez de recursos humanos de sobreaviso para atuar no processo de captação e doação de órgãos:

(...) dificuldade de ter alguém de plantão nos finais de semana, sobreaviso à noite, porque é um processo, na maioria das vezes, longo

(...) a gente estava vendo como ter alguém de plantão, ou que já esteja trabalhando na equipe para participar (sujeito 1).

Outro fator que dificulta a atuação nesse processo, e que muitas vezes, os trabalhadores precisam atuar em duas atividades simultaneamente, ou seja, desempenhar as funções do processo de doação-transplante que compete aos integrantes da CIHDOTT, e desempenhar suas funções como trabalhador da Unidade de Terapia Intensiva no próprio turno de trabalho.

A maior dificuldade é não ter pessoas próprias para desenvolver essa função, que ajudasse a agilizar o processo (...) as pessoas tem boa vontade, mas não tem condições de se engajar cem por cento porque tem outros afazeres. Não posso deixar a UTI sem enfermeira (sujeito 7).

A pessoa que já está de plantão na unidade, precisa ficar em duas coisas ao mesmo tempo (sujeito1).

(...) ter mais pessoas para ajudar na CIHDOTT, porque quando estou de plantão, a gente não consegue cuidar e lidar com tudo ao mesmo tempo (...) não tem como abandonar a UTI (sujeito 8).

A dupla jornada de trabalho também foi citada pelos trabalhadores:

(...) saio daqui cansada e tenho outro emprego, e algumas vezes, tem que voltar sem ter hora para ir embora (...) a gente trabalha aqui na CIHDOTT de coração (...) Quando eu fico aqui e depois tenho que trabalhar eu penso que enfermeira eu vou ser amanha dentro do meu setor, com sono, cansada? (sujeito 7).

Além da dupla jornada de trabalho, foi constatado que os integrantes da CIHDOTT desempenham um trabalho voluntário; sem a concessão de folgas para compensar as atividades realizadas e/ou de remuneração como integrante da CIHDOTT:

(...) o fator financeiro eu acho que dificulta também porque se tu recebe um incentivo é óbvio que tu não pensa duas vezes (...) desde o transporte, nada disso a gente recebe, eu moro bem longe, então para mim conta o financeiro (...) faço um trabalho de caridade (sujeito 7).

(...) em função da disponibilidade que a gente tem que ter (...) tem que ser remunerado (...) está iniciando aqui esta função da remuneração (sujeito 9).

A partir da Portaria n. 92/GM, de 23 de janeiro de 2001, que reorganiza e estabelece os procedimentos destinados a remunerar as atividades de doação, captação e transplante de órgãos, é determinado que a direção do hospital deve prover área física e equipamentos adequados para o funcionamento da CIHDOTT e definir carga horária dos seus membros. No entanto, percebe-se que a constituição de uma CHIDOTT não depende somente do interesse da direção em estabelecê-la, pois há a necessidade de recursos humanos capacitados e disponíveis para constituí-la; de recursos financeiros destinados a prover equipamentos e estrutura física apropriada para o adequado funcionamento do processo que envolve o transplante de órgãos. (CAPPELLARO, 2008).

Certamente, a maneira mais rápida de aumentar o número de transplantes seria através do aumento da notificação de possíveis doadores, o que poderia ser viabilizado através de medidas de natureza organizacional. Entre elas, estaria em primeiro lugar a criação de formas de reconhecimento e de incentivos para a efetiva atuação dos membros das CIHDOTT, que hoje são formadas quase exclusivamente por profissionais que acumulam outras funções, dedicando-se a árdua tarefa de captação de órgãos de forma voluntária sem ao menos ter carga horária específica para tal. A captação de órgãos não faz parte da rotina desses profissionais. (ASSIS, 2008, p. 15).

Compreende-se a necessidade de uma vontade política para desenvolver tal fim. Entende-se que não é fácil dispor de seu horário de descanso, para ficar à disposição de uma possível necessidade. No entanto, em se tratando de um trabalho de extrema relevância, e, por ocorrer eventualmente uma situação de morte cerebral, porque não negociar com remuneração o trabalho prestado no processo ou compensar com folgas em carga horária trabalhada?

Apesar da questão financeira não ser um impeditivo na atuação dos integrantes da CIHDOTT, evidenciou-se num estudo sobre a "Percepção dos Trabalhadores da Saúde acerca da Implantação de uma CIHDOTT", que uma das possíveis dificuldades para dar seqüência ao funcionamento da comissão diz respeito à remuneração dos membros constituintes da comissão, "somente o interesse e o comprometimento em participar da comissão não são suficientes, demonstram a necessidade de remuneração pelas horas extras de trabalho prestado ou carga horária específica para tal". (CAPPELLARO, 2008, p. 28).

Nesta perspectiva, tais dificuldades podem progressivamente, tornarem-se geradoras de desgaste físico e emocional, estresse e exaustividade entre os trabalhadores, especialmente

quando suas condições humanas não são consideradas. Se os trabalhadores da CIHDOTT encontram dificuldades, manifestam-nas e essas não são resolvidas, consequentemente, poderão modificar o contexto de trabalho e a satisfação com que desempenhavam suas atividades, podendo refletir-se, por exemplo, na ausência de desejo de diagnosticar um possível doador e, até mesmo, no acolhimento aos seus familiares.

Embora a doação represente uma conduta social moralmente boa, altruísta, podemos intuir que ainda não foi incorporada à "moral comum", por diversos aspectos, entre eles: o descrédito no funcionamento e estrutura do sistema de saúde; a alocação de recursos; a relação de confiança entre trabalhador da saúde e paciente; o acesso equânime e justo; a confidencialidade doador/receptor; o consentimento livre e esclarecido; o respeito à autonomia; a defesa da vida e o caráter inovador e recente desta possibilidade terapêutica, ainda em construção. (ROZA et al, 2009).

Outra dificuldade se refere à falta de conhecimento e informação acerca das etapas que compreendem o processo de doação-transplante de órgãos, tanto por parte dos trabalhadores que compõe a CIHDOTT, quanto da população. No depoimento a seguir, os participantes destacam o desconhecimento da população em relação ao processo de doação-transplante, fazendo uma crítica às campanhas informativas:

Há um grande desconhecimento da população em geral (...) desde o diagnóstico até o processo de doação (...) as campanhas não são claras, não são diretas, não são educativas, quase todas elas não atingem o seu objetivo. E, esse é um grande entrave que precisa ser vencido pela sociedade como um todo: cultura, informação, passar para o público o que é transplante, o que e morte, o que é morte encefálica, porque a morte encefálica é irreversível (sujeito 2).

Precisamos conseguir ultrapassar a barreira das dúvidas, a barreira da família, mas isso é um trabalho longo e fora do hospital, não é só aqui dentro do HU que a gente consegue (...) tem que ser um processo extremamente transparente (sujeito 3).

Um estudo espanhol evidenciou que, apesar da maior parte das informações fluírem através da mídia, é possível que sejam fornecidas de maneira indefinida, inapropriada, não contribuindo para o esclarecimento de dúvidas e receios acerca do processo de captação e doação de órgãos. Nesse sentido, as campanhas tornam-se incapazes de influenciar comportamentos positivos relacionados à doação de órgãos, constando também a necessidade do fornecimento de informações a partir do contexto individual, de encontros específicos, de campanhas em escolas, de familiares e trabalhadores da saúde, promovendo, assim, uma possível modificação do comportamento das pessoas. (TRAIBER; LOPES, 2006).

Demonstra-se a necessidade de que as campanhas educativas forneçam informações mais claras e objetivas tanto para os trabalhadores da saúde, quanto para a população de um modo geral; enfatizando a importância da conscientização acerca do significado do processo de captação, doação e transplante de órgãos.

Uma das prováveis informações refere-se ao entendimento do significado de ME, o qual exige uma capacidade de compreensão e conhecimento mais aprofundado sobre o assunto, conforme expresso:

Lembro da história de um menino, acho que ele tinha 15 anos (...) teve um TCE, e os pais resolveram doar, e na última hora veio a madrinha e disse que não era para doar (...) teve um caso de uma pessoa que ficou três meses em morte encefálica e voltou. A morte encefálica é uma coisa muito nebulosa, a população não consegue entender, mas também, não é obrigação deles (sujeito 2).

Os critérios para a caracterização de ME foram propostos, no Brasil, pelo CFM, mediante a Resolução n. 1.480/97. Apesar disso, a população muitas vezes não tem conhecimento desses critérios, dificultando seu entendimento acerca do conceito de ME e a sua aceitação, como uma etapa do processo de doação de órgãos. Algumas tentativas estão sendo realizadas para uniformizar as bases conceituais e a construção de um protocolo mais abrangente, que incorpore e valide os exames de registro da atividade e/ou perfusão de tronco e córtex, como exames complementares, e não mais como mera documentação, assumindo assim o conceito de ME global para doação de órgãos. (DELL AGNOLO, 2009).

Apesar das inconsistências biológicas, éticas e legais, apontadas pelos atuais protocolos, não existe nenhum registro de paciente com ME, baseado nos critérios estabelecidos, que tenha se recuperado. Existe, pois, a dificuldade real de algumas pessoas em reconhecer emocionalmente a morte de alguém que está rosado, quente e com batimentos cardíacos presentes. Um dos aspectos importantes no processo de doação de órgãos que pode auxiliar a família na decisão e entendimento sobre a ME é ter acesso ao exame, poder visualizá-lo, e até mesmo acompanhar o exame complementar, descartando qualquer dúvida em relação ao processo. (FUHR, 2006).

Outra dificuldade diz respeito à questão cultural associada à doação e a descrença nas atividades desenvolvidas pela comissão, tanto por grande parte de trabalhadores da equipe hospitalar não envolvidos na comissão, quanto de acadêmicos do HU. Apesar da necessidade de tomada de consciência por sua parte acerca da importância de sua participação, é difícil obter a contribuição desses trabalhadores nas etapas que compõem o processo da doação:

A maior dificuldade é a logística (...) o processo vai além da comissão em si, depende

de outros profissionais, só que eles nem sempre estão dispostos a participar, ou não acreditam no processo, ou tem diferenças com a instituição e se esquecem que a vida de alguém depende deles também (sujeito 11).

(...) o principal ponto é que o processo flua dentro do hospital, que as pessoas acreditem nele ou no mínimo respeitem (sujeito 3).

A questão cultural em relação à doação de órgãos é o que mais prejudica o processo, bem como a falta de informação, tanto no meio acadêmico ainda quanto no meio profissional (sujeito 5).

Dizer que dificuldades não existem seria uma utopia (...) sempre teve dificuldade com engajamento médico por causa da disponibilidade deles e de não acreditarem no processo (sujeito 6).

(...) tem muitos problemas estruturais ainda e pessoas que não acreditam e confiam no processo (...) são muito resistentes, uma coisa cultural (...) eu até acho que é uma falta de habilidade e medo em relação ao diagnóstico de morte encefálica (...) é um trabalho lento porque mexe com a cultura (sujeito 9).

A dificuldade da compreensão dos valores, crenças e conhecimentos por parte de alguns trabalhadores da equipe hospitalar e acadêmicos, pode estar relacionada às suas vivencias nos processos formativos, bem como,por experiências negativas no seu contexto de trabalho. Pode-se considerar que o significado de doação-transplante atribuído por alguns informantes do estudo seja marcado pela descrença em razão de experiências anteriores, ou pela descrença de que o trabalho realizado pela CIHDOTT não fará a diferença. (ZAMBUDIO et al, 2009).

Nessa perspectiva, as crenças e valores da cultura organizacional poderão interferir ou determinar, consequentemente, a assistência prestada, a possibilidade de manter o doador e a qualidade dos órgãos viáveis e, por fim, justificar prejuízos frente à manutenção do potencial doador de órgãos e a não efetivação da doação de órgãos. (ZAMBUDIO et al, 2009).

A não aderência de algumas pessoas e, também, o conhecimento insuficiente de trabalhadores sobre etapas e particularidades do processo, principalmente relacionadas à identificação e diagnóstico de ME interferem no desenvolvimento e agilidade das atividades da CIHDOTT. (TRAIBER; LOPES, 2006). A falta de treinamento da equipe hospitalar e, principalmente, dos trabalhadores que compõem a CIHDOTT no início da implantação do programa de transplante, também permitiu que esses trabalhadores não acreditem na doação, além de mostrar o despreparo diante do conceito de morte encefálica e da política vigente sobre doação-transplante. (ZAMBUDIO et al, 2009).

Em relação à cultura da doação, um participante do estudo faz a comparação entre dois municípios que possuem uma CIHDOTT atuante, evidenciando uma diferença acerca da percepção da população frente ao processo de doação de órgãos e ressaltando a importância de dar prioridade à informação e educação sobre doação de órgãos:

Comparo muito Pelotas com Caxias, lá a comunidade é mais informada, quando um ente morre, a família já sabe que vão ser procurados para doação, lá as entrevistas não são necessariamente realizadas pela CIHDOTT, consideram a abordagem pertencente à assistência, enquanto aqui ainda é um mito (sujeito11).

Nesta perspectiva, para favorecer o processo de doação através das atividades da CIHDOTT no HU, torna-se necessário que estas dificuldades sejam problematizadas com os trabalhadores realmente interessados em contribuir com a comissão, viabilizando deste modo, uma das etapas iniciais, que é a discussão e reflexão acerca das condições necessárias para o seu bom funcionamento, atendendo ao objetivo principal da CIHDOTT, ou seja, de aumentar os números de doações de órgãos.

Diante dos relatos dos informantes do estudo acerca das atividades desenvolvidas pela CIHDOTT, percebe-se que há a necessidade de desmistificar o processo de doação, o que pode ser realizado através da educação permanente dos trabalhadores da saúde; do fornecimento de informações mais efetivas aos familiares, da interação multiprofissional proporcionada na abordagem da família, entre outros aspectos, visando deste modo, esclarecer as pessoas envolvidas no processo e consequentemente alcançando resultados mais positivos à doação.

Desse modo, torna-se fundamental refletir sobre essas questões para que possamos contribuir na construção de uma cultura positiva em relação à doação de órgãos e tecidos. Também precisamos desenvolver, cada vez mais, tais atividades com eficiência, responsabilidade e comprometimento ético e moral. (ROZA et al, 2009).

5.6 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELA CIHDOTT NO PROCESSO DE DOAÇÃO-TRANSPLANTE NO HU.

No que se refere à percepção das atividades desenvolvidas pela comissão no processo que envolve a doação-transplante de órgãos, a maioria dos informantes, apesar de perceberem a agilidade e o bom andamento nas atividades desenvolvidas pela CIHDOTT, reconhecem a necessidade de trabalharem mais a questão educacional da doação de órgãos, tanto com os integrantes da própria comissão, quanto com os trabalhadores que compõem a equipe

hospitalar e, também, com a população em geral. Os integrantes da comissão parecem conscientes da necessidade de "criar a cultura da doação", bem como, de construir estratégias já utilizadas por alguns trabalhadores para favorecer a troca de informações nas comunidades, dentre outras:

Tem que criar a cultura da doação (...) fazer o treinamento com os funcionários (...) de boas vindas, quando chega um funcionário novo (...) passar as informações (sujeito 3).

A educação é o primeiro passo (...) a conscientização da importância da doação. Acreditamos que se despertarmos esse pensamento nos nossos trabalhadores eles multiplicarão isso na comunidade, seja por meio do seu trabalho, seja em casa ou com amigos (sujeito 11).

A educação com a participação dos trabalhadores da saúde e da sociedade é um dos fatores determinantes para o sucesso ou o fracasso dos programas de transplantes. Ao retratar a importância de programas de educação permanente, a equipe de enfermagem é citada como elemento fundamental em todo o contexto do procedimento, uma vez que os processos de aprendizagem podem significar a possibilidade de mudanças no comportamento do indivíduo devido à incorporação de novos hábitos, atitudes, conhecimentos e destrezas. (ZAMBUDIO et al, 2009).

Entre as estratégias utilizadas para favorecer o processo de doação-transplante no hospital, observa-se quase uma unanimidade nas respostas entre os informantes acerca da importância da educação.

(...) deveriam se preocupar muito com a questão da educação, mas num momento tranqüilo, não num momento de estresse, de aflição (...) a obrigação de esclarecer o processo em si é de quem é responsável pela doação-captação, como no caso das CIHDOTT's como um todo, do Brasil inteiro (sujeito 2).

(...) passamos em todas as unidades perguntando o que cada equipe tinha de dúvidas sobre a doação (...) catalogamos as perguntas, distribuímos em três grupos a parte do banco de olhos, a parte da assistente social e a parte dos médicos (...) agora iremos começar a parte de treinamentos (sujeito 4).

Essa constatação é reafirmada pela maioria dos depoentes, ressaltando a necessidade de esforços conjuntos envolvendo trabalhadores da saúde, instituição, universidades e principalmente as CIHDOTT's. Apesar de já desenvolverem atividades informativas no âmbito hospitalar, comunitário, escolar e campanhas na mídia, considera-se que a educação é a principal estratégia para que se consiga "desmistificar" e tornar a doação um assunto "comum".

Neste sentido, propostas de maior informação e capacitação surgem pela constatação de um desconhecimento da população e da própria equipe hospitalar em relação à doação e aos transplantes:

É preciso desmistificar a doação, o assunto tem que ser tratado como comum, mas importante. Já existem estratégias como palestras em comunidades, escolas, cursos para os residentes, o envolvimento dos profissionais neste momento é muito necessário (sujeito 11).

Tem que ser feito um trabalho de educação na mídia (...) os transplantes tem sido muito esquecido (...) um caso que ajudou bastante foi o da menina de São Paulo, que infelizmente o namorado a matou e a família acabou doando, daí se desencadeou várias campanhas. Aqui no HU (...) a DOT trabalha neste sentido, com incentivo a doação (...) tem feito o máximo empenho de todo o mundo (...) reuniões periódicas (sujeito 6).

A educação dos profissionais deve ser trabalhada na academia (...) nos cursos de enfermagem, de medicina, nos cursos da área da saúde (...) para conseguir mudar essa cultura e fazer com que quando o profissional chegue ao hospital ela já tenha uma idéia do que é o processo e consiga então torná-lo mais efetivo (sujeito 5).

Nesta perspectiva, a educação é um fator determinante do processo de captação e doação de órgãos. Para tanto, é preciso enfatizar esta importância, educar os trabalhadores da saúde, desde os seus processos formativos, para que possam, no futuro, desempenhar uma atuação efetiva nos processos de captação e doação de órgãos. Isto requer mudanças no processo de formação, incluindo esses conteúdos no currículo dos Cursos de Graduação, de modo a motivar os profissionais a envolver-se e comprometer-se com esta questão social e despertar a tomada de consciência dos futuros trabalhadores da saúde frente a essa necessidade e à importância em elevar os índices de doação no Brasil e no mundo.

Os sujeitos do estudo consideram fundamental construir estratégias para favorecer as atividades educativas, conforme expresso:

(...) primeiro a gente precisa comprometer a comunidade interna do hospital (...) da importância da manutenção do potencial doador, da entrevista que se faz com a família. Nas comunidades (...) participar das ações de panfletagem, por também adesivos nos carros; aproveitar a questão da mídia, das novelas e programas para reforçar e mobilizar é o mais importante (sujeito 9).

Acreditam que a educação escolar, ao ser realizado pelos membros da CIHDOTT, possa ser uma das estratégias possivelmente efetiva ao ter como finalidades divulgar e esclarecer sobre o processo da doação para e entre a população:

(...) estamos com lacunas é realmente a parte de educação dentro e fora da instituição

(...) acredito que um trabalho corpo a corpo seria mais efetivo, uma agenda de atividade em escolas principalmente, o filho leva a lição pra casa, os pais participam, comentam com amigos, vizinho (sujeito 11).

O fornecimento de informações sobre doação de órgãos deve ser incentivada desde a fase escolar, sendo imprescindível para efetivar o processo de doação. Para tanto, é preciso que todos os trabalhadores da saúde, não somente os integrantes da CIHDOTT construam conhecimentos para divulgar e estabelecer a comunicação efetiva entre a comunidade e as famílias, o mais precocemente possível, tornando-os esclarecidos a respeito das etapas e de como evolui todo o processo que envolve a doação-transplante de órgãos. (SILVA; SILVA, 2007). Acredita-se que a família, ao conhecer precocemente o processo de doação, e a partir da compreensão dessa necessidade poderá facilitar as atividades desenvolvidas pela CIHDOTT no momento de abordagem.

Além dos processos educativos, uma das estratégias utilizadas pelos sujeitos constitui-se na realização de encontros freqüentes entre as CIHDOTT's da região. Ao atuar e fazer parte da comissão torna-se necessário conhecer, estar capacitado, e principalmente gostar do que faz para dessa forma despertar a atenção e a sensibilidade das pessoas para o ato de doar:

Os encontros entre as CIHDOTT's é uma estratégia (...) precisa ter profissionais com isso introjetado, tem que ser entusiasta do assunto, já participei de muitos treinamentos (...) eles te contaminam, e isso é importante porque a única maneira de convencer as pessoas é ir para este lado da emoção (...) tem que fazer tudo em prol da doação, captação, os profissionais tem que gostar de fazer realmente e mostrar o resultado (sujeito 9).

Comprometimento de todo mundo, só isso, nada mais, de médico, de enfermeiros, enfim, da comissão e dos que trabalham no hospital (sujeito 10).

A informação, a orientação prévia sobre doação de órgãos, seja em campanhas, palestras, através da mídia, proporciona o entendimento sobre o processo e provavelmente estimulará as pessoas a verbalizarem o desejo de tornarem-se doadores, fundamentando a decisão do familiar. As campanhas podem proporcionar uma oportunidade para que a família estabeleça o diálogo sobre esse assunto, constituindo-se também, numa possibilidade para seus membros expressarem a própria vontade, como na campanha da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), "Avise em casa que você é doador". (FUHR, 2006, p. 60).

É fundamental instigar a sociedade através da realização de "Campanhas que atuem sobre o esclarecimento da população, sobre o conceito de morte encefálica e especialmente que incentivem as pessoas a manifestarem o desejo de ser doador e discutir sua decisão com a família". (TRAIBER; LOPES, 2006, p. 181).

Nesta perspectiva, os trabalhadores da saúde têm papel importante na divulgação e educação sobre doação de órgãos, pois tem acesso a grande parte da população, podendo assim, causar um impacto maior que os outros meios de comunicação, favorecendo atitudes relacionadas à doação. (TRAIBER; LOPES, 2006).

Na área de doação e de transplante, a educação, tanto pública quanto profissional, é essencial, pois nesta área, mais do que em qualquer outra da medicina, a participação dos profissionais de saúde e da sociedade é um dos fatores determinantes do sucesso ou do fracasso dos programas de transplante. (GARCIA, 2006, p. 318).

No planejamento das ações de educação sobre doação-transplante de órgãos deveria se incluir um esclarecimento a respeito das atividades que competem a CIHDOTT, do conceito de ME, dos custos da doação, da aparência do corpo após a retirada de órgãos, de aspectos éticos, das experiências de abordagens com a família do doador e do receptor, lista de espera, manutenção do potencial doador, dentre outras. Deste modo, através da educação é possível fornecer subsídios para fundamentar o conhecimento e a tomada de consciência dos trabalhadores, e posteriormente dos pacientes, famílias e pessoas com quem estão próximas, visto que a comunicação é o principal meio de informação e divulgação.

5.7 CONTRIBUIÇÕES DO ADEQUADO FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO

Dentre os possíveis benefícios obtidos a partir do efetivo funcionamento da CIHDOTT destaca-se a contribuição na qualidade de vida das pessoas que aguardam por um órgão. Este é um dos fatores que motiva a maioria dos integrantes da comissão a continuarem trabalhando e almejando maiores números de doações:

(...) a partir do momento que a CIHDOTT funcionar adequadamente iremos conseguir elevar os números de doação beneficiando muitas pessoas (sujeito 5).

(...) uma CIHDOTT deve oportunizar a doação (...) o preço final dela é o incentivo para doação e salvar vidas (sujeito 3).

(...) ajudar as pessoas que precisam de um órgão (...) quem perdeu ou está perdendo a visão, voltar a enxergar (...) ver a vida, acho isso muito importante (sujeito 10).

A possibilidade de contribuir com as pessoas que aguardam na fila de espera, na esperança de poder enxergar, respirar ou viver melhor é fundamental para os integrantes da CIHDOTT. Assim, a partir do seu adequado funcionamento, é possível aumentar os números de doação, proporcionando benefícios para muitos indivíduos.

Ainda, na visão dos integrantes frente à consciência do processo de captação, doação e transplante de órgãos, o resgate da sensibilidade é necessário para perceber que, ao contribuir com a doação, estes se encontram diante de dois "extremos" envolvidos no processo: de um lado, a angústia, a dor e o sofrimento de quem perdeu seu familiar; de outro, a alegria de quem recebe um novo órgão:

A maior contribuição é do receptor, não depender mais de uma máquina de hemodiálise, são melhorias de vida (...) a sensação deve ser de nascer de novo, nascer para vida, receber um coração, respirar, então isso não tem definição. Pensar que a comissão, pode contribuir para que isso ocorra é muito gratificante. Outros beneficiados é a família (...) o transplante é esperança (sujeito 11).

Me sinto um ser humano mais útil na sociedade (...) a satisfação de poder contribuir, de ter ajudado o próximo (...) me sinto uma pessoa gratificada por trabalhar e fazer parte deste processo (sujeito 6).

Outras contribuições dizem respeito ao aumento dos números de potenciais doadores e consequentemente das notificações de ME após a existência da CIHDOTT. Para o hospital, há a contribuição na na organização dos seus dados referentes aos óbitos, de potenciais doadores, das perdas, enfim, de como estão evoluindo as doações no HU: (semelhante ao que aparece nos depoimentos

Acredito que o hospital (...) tem tudo para ser um grande centro de fornecimento de órgãos, porque seguido acontecem casos de ME na unidade e antes não era aproveitado (sujeito 1).

Acho que contribui para o hospital na questão burocrática, porque tendo uma comissão é possível contabilizar melhor os óbitos, os casos de morte encefálica, quantos foram potenciais doadores, quanto se perde (...) (sujeito 7).

Eu até estou aqui com um relatório dos nossos dados de 2007, 2008 e 2009, teve um crescimento maravilhoso (...) as nossas abordagens aumentaram muito (...) apesar de ter diminuído a doação em 2009, notificamos 18 mortes encefálica. Então, melhoraram muito os nossos números (sujeito 4).

O processo de captação e doação pode ser agilizado e aperfeiçoado com a existência de recursos disponíveis, como o provimento de aparelhos e equipamentos para testes complementares para detecção da ME; relatórios mensais das atividades da CIHDOTT; treinamento dos seus integrantes; dinamização dos processos e obtenção de um maior controle e cuidado dos potencias doadores, evitando perdas significativas, bem como, colaborando com os benefícios organizacionais relativos à comissão e ao hospital como instituição.

(VARGAS et al, 2007).

Outra contribuição importante a partir do funcionamento da CIHDOTT é o significado do ato de doar representado para os familiares, tanto dos doadores, quanto dos receptores. Os sujeitos do estudo mencionaram que muitos familiares realmente se doam ao processo, acreditando que autorizar a doação dos órgãos de pessoas que amam, constitui-se numa possibilidade de mantê-los vivos, "em algum lugar em alguém", então, favorecer o processo de doação e ter a esperança de contribuir com várias oportunidades de vida também os conforta ao minimizar o sentimento de dor causada pela perda.

Portanto, a doação também é compreendida pelos familiares como possibilidade de esperança e vida a outras pessoas. Nessa perspectiva, as contribuições da CIHDOTT são interpretadas nesta fala:

(...) favorece a própria família do doador (...) sentem que não estão perdendo totalmente o seu ente querido, sentem que ele está um pouco vivo em alguém (...) os que recebem os órgãos (...) recebem uma nova esperança (sujeito 7).

A doação de órgãos é um presente do qual não se tem a liberdade de escolher a quem ofertar, doa-se sem saber realmente se o órgão foi aproveitado, se houve sucesso na doação e, menos ainda, quem foi beneficiado. O ato de doar é percebido como valioso tanto por quem doa, quanto por quem recebe, visto que possibilita conceder a vida novamente. (SADALA, 2001).

No entanto, a doação de órgãos não assume o mesmo significado para todas as pessoas; para muitas conforta, dá satisfação, é uma honra, consideram importante para o bem do próximo, é esperança de vida. Para outras, o significado de ajudar o próximo também pode vir seguido de sentimentos de angústia, medo e sofrimento no que se refere à perda de um familiar, perda de um possível doador, negativa familiar diante de uma abordagem, dentre outras situações que podem ser causadoras de tais sentimentos. (SADALA, 2001).

É interessante ressaltar que muitos pacientes em ME são jovens e gozam de boa saúde antes da admissão no hospital e isto dificulta a aceitação da morte pela família e, por conseguinte, interfere na decisão quanto à possível doação. O diagnóstico de ME faz com que os familiares tentem elaborar estratégias visando diminuir suas incertezas e compreender/aceitar a possibilidade de morte. No entanto, no estudo "A experiência da família frente à abordagem para doação de órgãos na morte encefálica" os familiares mostraram enxergar o lado positivo da ME, a qual "livrou" seu familiar do sofrimento que causaria uma possível seqüela grave, conduzindo-os a total dependência física. (DEL AGNOLO et al, 2009).

O sofrimento diante da perda do parente estimula a família a buscar uma solução para a situação. Assim, autorizar a doação dos órgãos ou desligar os aparelhos é a melhor maneira para reduzir o sofrimento, pois, manter o paciente com o suporte avançado de vida é o mesmo que prolongar a dor diante da espera infrutífera. (DEL AGNOLO et al, 2009).

5.8 QUESTÕES ÉTICAS PRESENTES NO DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DOS TRABALHADORES

Após discutir as vivências dos membros da CIHDOTT, os fatores que favoreceram e/ou dificultaram a atuação da equipe no processo de captação, doação e transplante de órgãos, os significados atribuídos, as estratégias utilizadas para favorecer sua atuação, bem como possíveis benefícios, é relevante destacar os aspectos éticos que englobam as atividades destes trabalhadores que compõem a CIHDOTT no HU.

Através dos relatos percebe-se que os dilemas éticos mais freqüentes durante as atividades de doação emergem do diagnóstico de ME e da recusa familiar para doar. Diante destes episódios, os trabalhadores ficam muitas vezes em dúvida sobre qual a melhor conduta a ser tomada: se o paciente está com diagnóstico de ME e a família nega a doação de órgãos, o que fazer? Desligar ou não os aparelhos? E se for um desejo dos pais ou familiares em desligá-los ou em querer mantê-los ligados? Estes dilemas podem ser percebidos através da seguinte fala:

Em relação a ME já diagnosticada e a recusa da família à doação (...) tivemos aqui um caso de confusão em que os pais gostariam que desligassem os aparelhos porque eles já haviam preparado o enterro da criança e no último momento não quiseram mais doar os órgãos, o funeral já estava todo pronto e os médicos da UTI disseram que não iriam desligar, aí não deu mais para entender nada, porque se tivesse doado o filho dele estaria morto e poderiam enterrar, e se não doasse, não estaria, e isso gerou grande confusão, foi meio trágico para nós (sujeito 1).

Vários aspectos éticos marcam o exercício profissional dos trabalhadores da CIHDOTT na relação estabelecida com a família. Os trabalhadores vivenciam o sofrimento provocado por uma perda e, é nesse momento de dor que solicitam a doação de órgãos, ou seja, experimentam um conflito interno manifestado através do embate entre o desejo de respeitar a dor da família e, a despeito desta, solicitar a doação dos órgãos e tecidos. Esta situação, juntamente com o dilema do que fazer diante da recusa da família à doação pode proporcionar a vivência de um conflito ético, instigando o trabalhador a questionar-se se está

agindo corretamente e se está desrespeitando os familiares ao interromper o seu período de luto. (SILVA; SILVA , 2007).

Durante a comunicação estabelecida para solicitar a doação de órgãos, a emoção e os sentimentos estão exacerbados. A dor, dúvidas e percepções a cerca da morte e da doação de órgãos são manifestadas, tanto pelos familiares como pelas integrantes da CIHDOTT. (VARGAS et al, 2007).

A aceitação da perda e o período de luto acontecem através de rituais culturais e religiosos que paulatinamente preparam a família para enfrentar esse processo. Nesse contexto, o impacto da notícia da morte acompanhada pelo pedido da doação de órgãos representa uma ruptura na cronologia dos rituais necessários à admissão da morte do outro. (SADALA, 2001).

Limitações, estresse, acolhimento e desafio estarão presentes na experiência com a equipe de transplante ou de saúde. Tanto profissionais quanto pacientes e familiares manifestam a presença de tensões, conflitos e limitações coexistindo com sentimentos de vitória, superação das dificuldades e envolvimento profissional e afetivo. O desgaste emocional, a decepção e o estresse confrontam-se com o desafio da busca da perfeição e da vitória. (LIMA, 2006).

Ao atuar e desenvolver as ações de competência da CIHDOTT, os trabalhadores, muitas vezes, deparam-se com algumas situações conflituosas, com dúvida quanto o que fazer, ou não, frente à possibilidade de doação de órgãos. Qual a melhor decisão a ser tomada? O que fazer para favorecer o enfrentamento dos conflitos? Assim, quando os valores presentes nas ações dos trabalhadores são incapazes de fornecer a segurança para o adequado processo de doação-transplante, são necessários critérios e limites para decidir o que é ou não cabível frente ao diagnóstico de ME? O que fazer diante da recusa familiar à doação? O que fazer diante da ausência de entendimento dos trabalhadores da saúde em relação à ME? O que fazer diante da ausência de compreensão destes para favorecer a manutenção dos órgãos viáveis em situações em que o paciente se encontra em ME?

Tais questionamentos podem influenciar e orientar as escolhas dos trabalhadores, numa tentativa de equilibrar necessidades individuais com necessidades coletivas e sociais. Estes conflitos podem ser percebidos nas falas a seguir:

(...) em relação a ME várias vezes a gente escuta aquela famosa frase: Não sei porque estão levando um paciente morto para UTI (...) a nossa cintilografia é feita em outro local, depende de transporte (...) E se o paciente para no meio do caminho? Nossa! se parar no meio do caminho reanima, tu ainda tens um potencial doador, ainda é possível aproveitar um rim,

as córneas, reanima! (...) estas relações intercolegas, não digo éticamente complicadas, mas muitas vezes desnecessárias prova também, o desconhecimento do processo, do diagnóstico, da manutenção (sujeito 2).

A morte, a princípio, era caracterizada pela parada cardíaca e pela cessação das atividades pulmonares. Atualmente, tornou-se vigente o conceito de morte cerebral (MC), ou ME, a cessação absoluta de todas as atividades cerebrais, circunstância até o momento irreversível. Sendo assim, a medicina pode reanimar uma pessoa que sofreu parada cardíaca, por exemplo, por meio da ressuscitação cardiopulmonar e desfibrilação, ativando a circulação do sangue e induzindo a respiração através da ventilação mecânica. (KAUFMANN, 2003).

Compete à equipe de saúde responsável pelo paciente a realização do controle de todas as funções hemodinâmicas do possível doador, a fim de que se torne um potencial doador de órgãos. Para tanto, faz-se necessário que os trabalhadores possuam interesse e conhecimentos técnico-científicos que envolvam a ressuscitação, o processo, o diagnóstico e a manutenção dos órgãos em condições viáveis. (ZAMBUDIO et al, 2009; ROZA et al, 2009).

Esta é uma discussão ética, por se tratar de valores, princípios e normas que servem de base ao comportamento humano. Base para uma conduta correta e justa apoiada na responsabilidade de seus atos, como não matar. (ROZA et al, 2009).

Outras questões de intensos conflitos e dilemas éticos vivenciados pelos trabalhadores da CIHDOTT diz respeito à permanência ou não da manutenção do potencial doador na UTI diante da recusa do familiar à doação:

Um grande problema ético é o que fazer frente à recusa da família em doar (...) é um direito deles aceitar ou não, mas e aí, o que fazer? Éticamente, desligar, legalmente não, isso acho que é o principal conflito (...) ficar esperando alguém que está respirando, mas morto dentro da UTI, enquanto posso perder outro paciente recuperável (sujeito 2).

Quando a família nega a doação, só um dos médicos desliga os aparelhos quando está detectada a morte encefálica de acordo com a resolução médica, eles podem desligar os aparelhos (sujeito 4)

Acho que a questão da ME é o ponto chave porque é difícil para a equipe, é difícil para família (...) tinha uma paciente com mais de sessenta anos (...) a família não aceitou a doação, o dilema que a gente teve foi que ninguém teve coragem de desligar nada (...) não tem um protocolo específico no hospital que mostre que em casos de morte encefálica comprovada, conforme a lei tal serão desligados os aparelhos (...) não se sabe, o que fazer, investir naquele paciente? (sujeito 7).

Os integrantes da CIHDOTT necessitam conhecer e auto avaliar suas emoções, valores e práticas pessoais; bem como ter conhecimento das leis que embasam a doação e transplantes de órgãos e o exercício de sua profissão, pois os trabalhadores se constituem como elo de ligação entre os familiares e outros trabalhadores e, muitas vezes, precisam tomar decisões que poderão se constituir em dilemas éticos. (VARGAS et al, 2007).

O CFM, tendo em vista o contido no artigo 3º, da Lei Federal nº 9.434/97, que dispõe competir ao órgão de classe definir os critérios para a determinação de ME, editou a Resolução nº 1826/2007 (ANEXO B) considerando legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a ME em não-doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante. O cumprimento da decisão mencionada deve ser precedida de comunicação e de esclarecimento sobre ME aos familiares do paciente ou seu representante legal, fundamentada e registrada no prontuário; cabe ao médico assistente ou seu substituto o cumprimento de tal caso, e por fim, a data e hora registradas na Declaração de Óbito serão as mesmas da determinação de ME. (CFM, 2007).

A ME equivale à morte clínica, portanto, do ponto de vista ético e legal, após seu diagnóstico, é dever do médico retirar os procedimentos de suporte que mantinham artificialmente o funcionamento dos órgãos vitais utilizados até o momento de sua determinação. (CFM, 2007).

A suspensão desses recursos não é eutanásia nem qualquer espécie de delito contra a vida, haja vista tratar-se de paciente morto e não terminal. O CFM reconhece que a sociedade não está devidamente familiarizada com este tema, o que gera ansiedade, dúvidas e receios, mas que o mesmo deve ser enfrentado de modo compreensivo, humano e solidário. Esta resolução permitirá a discussão ética, moral e legal da suspensão de tratamento desnecessário e oneroso, encarando a morte como complemento da vida e não inimiga a ser derrotada a qualquer custo. (CFM, 2007).

Por outro, quando a família visualiza o paciente em ME, mantido por aparelhos na UTI, pode ser difícil compreender suas condições clínicas, pois a utilização de equipamentos pode mascarar a percepção da família acerca do seu estado:

Acho que a questão ética mais importante é a de trabalhar a ME, porque para uma família entender que o paciente está morto, mas que ele está respirando, com o coração batendo e ele está quentinho em cima da cama, é difícil, acho que até para nós profissionais às vezes. E, outra questão que é bem pertinente é quando a família não aceita a doação o fato de desligar os aparelhos isto é uma questão ética extremamente complicada, então tu tem que

saber diferenciar muito bem o que é morte encefálica de eutanásia, entender o processo (...) (sujeito 3).

A não-autorização familiar deve-se, na maioria das vezes, à falta de informação e compreensão sobre o conceito, o diagnóstico e prognóstico da ME. As características apresentadas pelo paciente em ME: respirando, com o coração batendo, confundem a família, e em alguns casos a faz pensar que o seu familiar ainda possa se recuperar ou mesmo voltar a viver.

O entendimento da ME é um dos fatores que mais influencia o processo de doação de órgãos, pois geralmente as famílias só ouvem falar do seu conceito quando seu familiar evolui para tal quadro, dificultando o seu entendimento, o que é um fato compreensível devido à complexidade que abarca tal conceito. (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2009). Para alguns familiares, o paciente ainda é percebido como vivo, embora já diagnosticada a ME, ou seja, a morte. A condição do corpo quente e com o coração batendo, mantido funcionando artificialmente na UTI, contrasta-se com a idéia do que seja um cadáver. (SADALA, 2001).

O conhecimento limitado das pessoas em geral, em relação ao conceito de ME, associado à influência de ver o familiar apresentando uma aparência externa de vivo, com o coração batendo, e principalmente o corpo mantendo o seu calor, os movimentos respiratórios, cor saudável e o funcionamento de seus principais sistemas, dificultam a compreensão e/ou aceitação da ME, e constituem grandes barreiras na autorização positiva para doação de órgãos. Afinal, a maioria das pessoas associa morte com parada respiratória e cardíaca, corpo imóvel e frio. (SADALA, 2001; MORAES; MASSAROLO, 2008).

Neste sentido, o diagnóstico de ME e os transplantes são uma espécie de novos desafios, por seu caráter científico, pois morre-se com o coração batendo; pela incapacidade de compreender e dominar o conhecimento especializado; por seu caráter ético, na medida em que se é solicitado a decidir sobre uma atitude individual, mas com repercussão e força no coletivo; pela possibilidade de mudar o curso da doença de vários outros; finalmente, pela presença real de um outro, ou outros, para o qual se orienta o sentido da ação doadora. (KAUFANN, 2003).

O consentimento e o conhecimento da família em relação à decisão de doar os órgãos de seu familiar; a compreensão por parte dos trabalhadores da liberdade que esta tem em aceitar ou não a doação, também são considerados fatores importantes para os membros da CIHDOTT:

A questão do consentimento livre e esclarecido da família, eles conhecendo o desejo do potencial doador, essa liberdade de a família decidir em doar ou não, acho que essa é a

questão ética mais importante no processo. É na abordagem familiar tu respeitar vontade do doador, se é do conhecimento da família acho que isso é a mais importante, e saber entender se receber um não, e se receber um sim então agradecer porque esse sim irá fazer a diferença (sujeito 5).

No início havia a questão do pessoal julgar muito a família em relação a sua decisão, porque que não foi doador (...) e isso foi mudando na nossa visão porque o pessoal vê que é realmente uma coisa bem complicada, me coloquei um pouco no lugar da família, as coisas não são tão fáceis como parecem, a gente pensa assim no próximo, de quantas pessoas tu vai ajudar só que tem que pensar também no sofrimento, do que isto significa para aquela família (sujeito 8).

O compreender e aceitar o diagnóstico de ME para familiares que não tinham noções acerca do seu significado, exige acreditar na equipe, no médico, na enfermeira, na coordenadora intra-hospitalar, enfim em todos os envolvidos no processo de doação. Além da relação de confiança, a família tem que decidir sobre a doação de órgãos e exercitar sua autonomia, tornando esta decisão muitas vezes difícil quando a família não tem conhecimento acerca da vontade do seu familiar em ser, ou não um doador de órgãos. (FUHR, 2006).

Na doação de órgãos está presente um dos princípios fundamentais da discussão bioética: a autonomia entendida por pessoa autônoma, aquela que tem liberdade de pensamento e é livre de coações internas ou externas para escolher, no mínimo, entre duas alternativas. A família, após ter o conhecimento sobre o diagnóstico de ME e vivenciado a abordagem familiar, tem que optar entre duas alternativas: a doação ou a não-doação dos órgãos. (FUHR, 2006).

Para tanto, quando se tratar de qualquer atividade que atinja a integridade física do ser humano, torna-se fundamental a utilização do consentimento. Assim sendo, este tem de ser livre e espontâneo, não podendo haver qualquer forma de coação. A alteração introduzida pela Lei n. 10.211/2001, em seu artigo 4º, institui que apenas os familiares elencados nesse artigo devem decidir acerca da doação, ou não, de órgãos do seu familiar. (ROQUETTE, 2006).

A continuidade da assistência à família, após a sua resposta (negativa ou autorização para doação) é essencial em todo o processo de morte, independente de ME, caracterizando um cuidado ético e humanizado por parte dos trabalhadores que atuam nestas áreas. (DELL AGNOLO et al, 2009).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa qualitativa teve como foco conhecer a vivência da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) de uma instituição hospitalar do extremo sul do Brasil, no que se refere a: significados atribuídos à doação; fatores que favorecem e ou dificultam a atuação da equipe neste processo; as dificuldades e estratégias encontradas durante a atuação na CIHDOTT; os possíveis benefícios a partir do efetivo funcionamento da CIHDOTT, bem como aos aspectos éticos importantes a serem considerados na doação, captação e transplante de órgãos e tecidos.

Tornou-se relevante discutir essa temática pelo fato das atividades atribuídas e desenvolvidas pelas CIHDOTT's serem pouco conhecidas e divulgadas e por se reconhecer que a busca de sua vivência constitui-se numa possibilidade de tornar visível esse processo, oportunizando a sensibilização, a informação e os caminhos a serem construídos por instituições que desejam implantá-la.

Foi possível perceber que os integrantes da comissão apresentam vivências distintas, demonstrando a complexidade da arte de doar. Ao se tratar dos significados atribuídos a sua participação na CIHDOTT, pode-se destacar sentimentos de solidariedade, de compaixão com o próximo, de prazer ao ajudar as pessoas, ao salvar vidas. Tais significados os fazem refletir sobre a diferença dos seus atos em relação à doação para quem aguarda um transplante. Neste sentido, a possibilidade de salvar vidas está relacionada ao empenho das equipes, ao seu comprometimento com o processo e, principalmente, com a sua sensibilidade para abordar os familiares.

Os membros das CIHDOTT's e as equipes de captação de órgãos devem estar atentos e preparados para enfrentar a especificidade necessária no processo de doação, de modo a favorecer as atividades desenvolvidas, tornando-se um elo entre o hospital e a central de transplantes. Acredita-se que ser solidário na doação de órgãos não se restringe ao ato de trabalhar em prol da captação e da doação, mas à possibilidade de contribuir com a qualidade de vida de outras pessoas, familiares dos receptores, ou aqueles que receberão o órgão.

Entre os fatores que favoreceram a atuação da equipe destacam-se a identificação dos trabalhadores e a manifestação de seus interesses com o processo de doação-transplante, os quais contribuíram para a busca de maiores conhecimentos e subsídios para a organização, divulgação, e uma atuação efetiva da CIHDOTT. A realização de reuniões, de cursos de capacitação, de trocas de informações com outras comissões e à busca de fundamentação e

apoio com órgãos competentes foram alguns fatores que favoreceram e estimularam a construção de uma CIHDOTT mais efetiva, bem como a conscientização, motivação e engajamento dos trabalhadores.

Entre as dificuldades encontradas pela comissão durante o desenvolvimento do processo salientam-se a escassez de recursos humanos para atuar no processo de captação e doação de órgãos aos finais de semana e sobreaviso; os trabalhadores exercerem duas atividades simultaneamente: as atividades necessárias quando ocorre um processo de doação e as do próprio turno de trabalho; as duplas jornadas de trabalho; a não concessão de folgas ou compensação financeira pelo trabalho desempenhado na CHIDOTT; o desconhecimento acerca das etapas que compreendem o processo de transplante de órgãos, tanto por parte dos trabalhadores que compõem a comissão quanto da população, e, por fim, a não aderência e descrença nas atividades desenvolvidas na CHIDOTT por alguns trabalhadores do HU.

Uma das estratégias mencionadas a fim de favorecer e tornar o processo mais efetivo no hospital diz respeito a trabalhar mais com a questão educacional da doação. Considera-se que a educação permanente, através da divulgação de informações acerca dos transplantes de órgãos e dos esforços conjuntos envolvendo trabalhadores da saúde, população, instituição, universidades e principalmente as CIHDOTT's, constituem-se na principal estratégia para que se consiga "desmistificar" e tornar a doação mais presente em nossa cultura, podendo ocasionar, possivelmente, alterações nos pensamentos e novas atitudes em relação à doação.

A divulgação de informações através de campanhas, palestras, da mídia pode favorecer o entendimento acerca do processo de captação e doação de órgãos, oportunizando ainda, que a família estabeleça o diálogo sobre esse assunto, o que poderá estimulá-la a expressar o desejo de tornar-se um doador.

Como contribuições obtidas a partir do adequado funcionamento da CIHDOTT, pode-se considerar que as diferentes vivências dos integrantes contribuíram para a qualidade de vida das pessoas que aguardam por um órgão na fila de espera. Destaca-se ainda o incentivo para doação; a organização quantitativa dos dados do HU referentes a óbitos com ME, bem como dos potenciais doadores; o conforto e a redução do sentimento de dor na família causada pela perda de um parente, pela esperança de que o órgãodoado irá contribuir com a possibilidade de vida de outras pessoas.

No que se refere às questões éticas presentes no desempenho das atividades dos trabalhadores da CIHDOTT, a mais freqüente emerge quando é diagnosticado a ME do potencial doador e a recusa de doação, por parte da família, causando, consequentemente, o dilema: manter ou não o potencial doador na UTI. Tais situações geram um conflito ético,

instigando o trabalhador a questionar-se sobre suas condutas e refletir sobre o seu fazer como membro de uma equipe da saúde e protetor de vidas. Diante de tais fatos, os trabalhadores podem embasar-se na Resolução n. 1826/2007, a qual considera legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a ME em não-doador de órgãos para fins de transplante.

Um dos fatores que influencia o processo de doação de órgãos refere-se ao conhecimento limitado, dos indivíduos em geral, acerca da compreensão e/ou aceitação da ME, constituindo-se em grande barreira na autorização para doação, e até mesmo, sobre as ações a serem realizadas pelos trabalhadores da saúde após sua notificação. Para obter resultados positivos, torna-se fundamental estabelecer uma relação de confiança entre os membros da CIHDOTT, e destes com os familiares, lembrando sempre que a liberdade de escolha deve ser garantida à família, assim como quanto ao respeito quanto a sua decisão.

Acredita-se que essa pesquisa poderá trazer benefícios potenciais aos integrantes da CIHDOTT no sentido de provocar uma reflexão sobre o seu contexto de trabalho e suas vivências ao atuar na comissão. Tal reflexão poderá assegurar, possivelmente, uma assistência de melhor qualidade ao usuário e família, bem como, um agir ético no ambiente de trabalho; além de considerar o significado que os próprios trabalhadores atribuem acerca do processo de doação-transplante, ao perceber a relevância do seu fazer, e os possíveis benefícios acarretados com o desenvolvimento das suas ações no processo de doação, captação e transplante de órgãos.

Por fim, esta pesquisa proporcionou, além de conhecer, também, refletir sobre as práticas da equipe de saúde, mais especificamente sobre as vivências da CIHDOTT, sua atuação, exigências, dificuldades e habilidades necessárias para desenvolver a captação de órgãos no HU. Foi possível refletir sobre a interação entre os membros da equipe, e destes com a família, a central de transplantes, e demais indivíduos envolvidos durante o processo de doação. A maioria dos integrantes da comissão mostra-se comprometida e engajada na busca de melhores resultados de doações, contribuindo de modo favorável no processo, especialmente com relação à interação entre equipe de saúde, famílias de potenciais doadores e população.

Acreditar e agir com atitudes éticas e solidárias no processo de doação; compreender e respeitar a autonomia das famílias em decidir sobre a doação, torna-se fundamental para um processo de captação tranqüilo, para que haja uma experiência positiva tanto para a equipe de saúde como para os familiares. Portanto, a construção do conhecimento acerca das vivências de uma CIHDOTT contribuíram para ter uma noção das atividades desenvolvidas pela

mesma, bem como, das dificuldades existentes para constituí-la e mantê-la atuante e efetiva por períodos permanentes em um HU.

Tendo em vista a carência de estudos nesta área, acredita-se que este corpo de conhecimentos, seja importante para fomentar pesquisas qualitativas de outros trabalhadores na área de transplantes. Poderá resultar em benefícios potenciais à qualidade de vida dos trabalhadores, usuários, famílias, sociedade, bem como à comunidade científica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.; MUÑOZ, D. R. Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos In: SEGRE, M.; COHEN, C. (Org.). **Bioética**. 3 ed. São Paulo: edusp, p. 149-158, 2002.

ASSIS, F. N. Dez Anos de Transplante Sob a Lei da Vida. **Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos – ADOTE.** Junho, 2008. Disponível em: <http://www.adote.org.br**>.** Acesso em: 8 jun. 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS - ABTO. **Registro Brasileiro de Transplantes**. 2008. Disponível em: <http://www.abto.org.br>. Acesso em 03 dez. 2008.

BACCHELLA, T.; OLIVEIRA, R. A. Bioética dos Transplantes In: SEGRE, M. **A Questão Ética e a Saúde Humana**. São Paulo: Atheneu, p. 123-133, 2006.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.480, de 8 de agosto de 1997**.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, p.1827, seção I, 1997. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm.>. Acesso em: 8 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da lei n. 9.434. de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de tratamento. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10211.htm>. Acesso em: 20 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n°. 1.752, de 23 de setembro de 2005. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) em todos os hospitais públicos e filantrópicos com mais de 80 leitos. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1752.htm. Acesso em: 8 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lista de espera. 2007. Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal /arquivos/doc/aaa_Lista_06.2007.doc>. Acesso em: 2 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.262 de 16 de Junho de 2006. Aprova o regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Disponível em: http://www.adote.org.br/pdf/portaria_1262.pdf. Acesso em: 8 jun. 2008.

CAPPELLARO, J. Implantação de uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante: Percepção dos Trabalhadores. 2006. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.

DELL AGNOLO, C. M. et al. A experiência da família frente à abordagem para doação de órgãos na morte encefálica. **Rev Gaúcha Enferm**., Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 375-82, set.

2009. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8343/6990>. Acesso em: 23 fev. 2010.

FUHR, M. O **significado do processo de doação de órgãos para familiares doadores**. 2006. 87 f.Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, 2006.

GARCIA, V. D. A Bioética de transplantes no Brasil. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, n. 50, p. 313-320, dez. 2006.

GUYTON, A. C; HALL, J. E. Tratado de Fisiologia Médica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A. , 1997.

IMPÉRIO, F. D. Morte Encefálica, Cuidados ao Doador de Órgãos e Transplante de Pulmão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n 1, p. 74-84, jan./mar. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000100010>. Acesso em: 20 nov. 2007.

KAUFANN, M. L. **Na fronteira da emancipação e da colonização através do processo de doação de órgãos.** 2003. 107 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS, Porto Alegre, 2003.

LIMA, A. A. F; SILVA, M. J. P. S; PEREIRA, L. L. Percepção do enfermeiro da Organização da Procura de Órgãos (OPO) sobre a humanização do processo de captação de órgãos de transplante. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, a. 30, v. 30, n. 3, jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/38/percepcao_do_enfermeiro.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2009.

LIMA, A. A. F; SILVA, M. J. P; PEREIRA, L.L. Sofrimento e contradição: o significado da morte e do morrer para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante. **Enfermaria Global**, n. 15, p. 1-17, 2009.

MARINHO, A. Um estudo sobre as filas para transplante no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 10, v. 22, out. 2006.
_____. A Situação dos Transplantes de Órgãos no Brasil. Texto para Discussão nº 1389. 2009. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br>. Acesso em: 15 abr. 2009.

MORAES, E. L; MASSAROLO, M. C. K. B. A recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 3, maio-junho 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 16 ag. 2009.

NUNES, E. S. Hospital Universitário São Francisco de Paula: histórico, visão, missão e valores. Disponível em: <http://www.husfp.ucpel.tche.br/content/index.php?secao=historico>. Acesso em: 26 fev. 2010.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. Segunda Chance de Vida: Transplante e Doação de Órgãos In: **Problemas atuais de Bioética**. 7. ed. São Paulo: Loyola, p. 333-350, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. e HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem -** Métodos, avaliação e utilização. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

QUINTELA, E. Cuidados com o Potencial Doador de Órgãos na Unidade de Terapia Intensiva In: LOPES, A. C. et al. **Tratado de Clínica Médica**. v. 3. São Paulo: Roca LTDA, p. 4516-4520, 2006.

ROQUETTE, M. Da vulnerabilidade do corpo humano "post mortem" sob o prisma do Biodireito e da Bioética . **Jus Navigandi**, Teresina, a. 10, n. 1089, 25 jun. 2006. Disponível em: < http://jus.uol.com.br/revista/texto/8559/da-vulnerabilidade-do-corpo-humano-post-mortem-sob-o-prisma-do-biodireito-e-da-bioetica>. Acesso em: 20 maio 2009

ROZA, B. A; ODIERNA, M. T. A. S.; LASELVA, C. R. Cuidados com doador de órgãos In: KNOBEL, E. et al. **Terapia Intensiva**. São Paulo: Atheneu, p. 541-552, 2006.

ROZA, B. A. et al. Doação de órgãos e tecidos no Brasil: podemos evoluir? **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 43-48, 2009.

SADALA, M. L. A. A Experiência de Doar órgãos na visão de familiares doadores. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 143-151, 2001.

SILVA, A. M. ; SILVA, M. J. P. A preparação do graduando de enfermagem para abordar o tema morte e doação de órgãos. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 549-54, 2007,out/dez. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a12.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2010.

SILVA, L. B. B. et al. Processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. organização de procura de órgãos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Opo-Hcfmusp). 2008.

SILVEIRA, Rosemary S. A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. BRUNNER & SUDDART: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. V. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SIQUEIRA, J. E. O princípio da justiça. In COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V; OSELKA, G. (Org.). **Iniciação à Bioética.** Brasília: CFM, 2004. p. 71-80.

TRAIBER, C; LOPES, M. H. I. Educação para Doação de órgãos. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 16, n. 4, 2006.

VARELLA, D. Transplante o Dom da Vida. Redação do Fantástico, 2009. Disponível em: <http://especiais.fantastico.globo.com/transplante/tag/orgaos/>. Acesso em: 20 ago. 2009.

VARGAS, M. A. O. et al. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante: vivências em um hospital de pronto-socorro em trauma. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, p. 190-200, 2007.

VARGAS, M. A. Novas Tecnologias, Doação de Órgãos e Bioética In: A Bioética e os Modos de Ser da Enfermagem. **Semana Brasileira de Enfermagem**. v. 66. Porto Alegre: ABEn, 2005. p. 83-96.

ZAMBUDIO, A. R. et al. Attitude of nursing staff toward organ donation in a Spanish hospital with a solid-organ transplant program**. Progress in Transplantation.** v. 19, n. 4, dec. 2009. Diponivel em: <http://www.natco1.org/members/documents/Zambudio12_09.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2010.

APÊNDICE A – GUIA DE ENTREVISTA GRAVADA

1) Qual a sua vivência como integrante de uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT)?

2) O que significa para você participar da comissão?

3) Qual a sua opinião frente as atividades desenvolvidas pela comissão no processo que envolve a doação-transplante de órgãos?

4) Qual (ais) a (s) as maiores dificuldades da comissão para exercer suas atividades?

5) O que você evidencia como necessário e que estratégias utilizar para a CIHDOTT favorecer e tornar o processo de doação-transplante mais efetivo no hospital?

6) O que é mais difícil para você, ao atuar como integrante da CIHDOTT?

7) Qual (ais) a (s) contribuições obtidas a partir do adequado funcionamento da comissão?

APÊNDICE B – PEDIDO PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUIZA JUNTO AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Sr
Ernesto Souza Nunes
Diretor Técnico do Hospital Universitário São Francisco de Paula.

Prezado Senhor,

Como Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da FURG, venho por meio deste solicitar a vossa autorização para desenvolver a pesquisa intitulada **"AS VIVÊNCIAS DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE".**

Tenho como objetivo geral: Conhecer a vivência da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) da instituição hospitalar do extremo sul do Brasil.

Comprometo-me em garantir o sigilo profissional, quanto à privacidade dos participantes envolvidos, bem como quanto aos dados confidenciais que envolverem a instituição.

Assumo o compromisso ético de devolver-lhes os resultados deste estudo, tão logo se finde.

Na certeza de contar com vosso apoio desde já agradeço por esta oportunidade, colocando-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

_____ _____

Josiane Cappellaro (Mestranda) Rosemary Silva da Silveira (Orientadora)

Ciente. De acordo. Data: __/__/____ Diretor do HUSFP:_____

APÊNDICE C – PEDIDO PARA AUTORIZAÇÃO PARA CONHECER AS VIVÊNCIAS DA COMISSÃO ITRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Srª
Ivana Duarte Brum
Coordenadora da Comissão Intra-Hospitalar da Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante do Hospital Universitário São Francisco de Paula.

Prezada Senhora,

Como Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da FURG, venho por meio deste solicitar a vossa autorização para desenvolver a pesquisa intitulada **"AS VIVÊNCIAS DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE".**

Tenho como objetivo geral: Conhecer a vivência da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) da instituição hospitalar do extremo sul do Brasil.

Comprometo-me em garantir o sigilo profissional, quanto à privacidade dos participantes envolvidos, bem como quanto aos dados confidenciais que envolverem a instituição.

Assumo o compromisso ético de devolver-lhes os resultados deste estudo, tão logo se finde.

Na certeza de contar com vosso apoio desde já agradeço por esta oportunidade, colocando-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

_____ _____

Josiane Cappellaro (Mestranda) Rosemary Silva da Silveira (Orientadora)

Ciente. De acordo. Data: __/__/___ Coordenadora da CIHDOTT: _____

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Meu nome é Josiane Cappellaro, sou Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Considerando a Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde e as determinações do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS da FURG, tenho o prazer de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada: "AS VIVÊNCIAS DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE".

Este estudo tem como objetivo geral: "Conhecer a vivência da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) da instituição hospitalar do extremo sul do Brasil".

A pesquisa será desenvolvida de janeiro de 2010 a julho de 2010. A metodologia adotada prevê a realização deste estudo numa abordagem qualitativa, utilizando-se da técnica de entrevista para a coleta de dados. Previamente, serão apresentados os objetivos e a metodologia do estudo.

As entrevistas serão realizadas por questões abertas com os integrantes da CIHDOTT em horário agendado previamente, de acordo com o seu interesse e disponibilidade e, mediante a sua autorização e indicação para o encontro, bem como, com o seu consentimento para o uso do gravador durante a realização da entrevista.

Todas as informações obtidas no processo de coleta de dados serão confidenciais, garantindo-se o sigilo que assegura a privacidade individual e serão utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa.

Para o alcance do objetivo proposto para esta pesquisa é imprescindível a sua participação. No entanto, sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Sua decisão em não participar ou em retirar-se em qualquer fase do processo não terá nenhuma

implicação para você. Caso você tenha ainda alguma dúvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir, em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente. Agradeço antecipadamente a atenção dispensada e coloco-me à sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

_____	_____
Josiane Cappellaro	Rosemary Silva da Silveira

Responsáveis pelo Trabalho:

Mestranda Josiane Cappellaro

E-mail:josianecappellaro@hotmail.com

Tel: (53) 99617265

Orientadora: Rosemary Silva da Silveira

E-mail: anacarol@mikrus.com.br

Eu,_____de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado (a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada: "As Vivências da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante".

Fui igualmente esclarecido (a) do objetivo proposto e metodologia que será desenvolvida nessa pesquisa. Concordo em participar dela e que as informações que eu prestar sejam utilizadas em sua realização.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da responsável: _____

Local e data: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com o participante da pesquisa.

ANEXO A – PORTARIA MS Nº 1.262

PORTARIA MS Nº 1.262, DE 16 DE JUNHO DE 2006 - DOU 19.06.2006

Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e Considerando as disposições da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, e do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997;
Considerando a necessidade de ampliar os avanços já obtidos na captação de tecidos de doadores em parada cardio-respiratória;
Considerando a Portaria nº 1.752/GM, de 23 de setembro de 2005, que determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos; e Considerando a Portaria nº 1006/MS/MEC, de 27 de maio de 2004, e a Portaria nº 1.702/GM, de 17 de agosto de 2004, referente à criação da reestruturação dos hospitais de ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde e a necessidade de organizar os indicadores e metas para as diversas instituições, resolve:

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), anexo a esta Portaria.

Art. 2º Prorrogar, até 30 de junho de 2006, o prazo estabelecido no art. 9º da Portaria nº 1.752/GM, de 23 de setembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 196, de 27 de setembro de 2005, Seção 1, pág. 54 .

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO - REGULAMENTO TÉCNICO

Capítulo I
DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE
Seção I
Da Estrutura
Art. 1º A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante deve ser composta por no mínimo três membros de nível superior, integrantes do corpo funcional do estabelecimento de saúde, dentre os quais 1 (um) médico ou enfermeiro, designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.
§ 1º A Comissão de que trata este artigo deverá ser instituída por ato formal da direção de cada hospital e estar diretamente vinculada à diretoria médica do estabelecimento.

§ 2º Os membros da Comissão não devem ser integrantes de equipe de transplante e/ou remoção de órgãos ou tecidos ou integrar equipe de diagnóstico de morte encefálica.
§ 3º O coordenador deverá ter certificação de Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, ministrado pelo Sistema Nacional de Transplante (SNT) ou pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos dos Estados ou Distrito Federal, validado pelo SNT.
§ 4º Os coordenadores em exercício terão o prazo até 31 de dezembro de 2006 para se adequarem à exigência do parágrafo ant erior.

Seção II
Das Atribuições
Art. 2º Cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante:
I - articular-se com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado ou Distrito Federal (CNCDO), notificando as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos;
II - identificar os recursos diagnósticos disponíveis na instituição, necessários para a avaliação do possível doador de órgãos e/ou tecidos;
III - articular-se com os profissionais de saúde encarregados do diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores, objetivando a otimização do processo de doação e captação de órgãos e tecidos;
IV - organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos;
V - garantir uma adequada entrevista familiar para solicitação da doação;
VI - promover programa de educação continuada de todos os profissionais do estabelecimento para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos;
VII - disponibilizar os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no hospital.
Art. 3º Cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, em conjunto com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO):
I - avaliar a capacidade da instituição, diagnosticando a potencialidade da captação de órgãos e tecidos;
II - definir, juntamente com o diretor médico do estabelecimento de saúde, os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características;
III - definir os parâmetros a serem adotados no acompanhamento das metas da contratualização determinadas pela Portaria nº 1.702//GM de 2004, e encaminhar ao gestor local os indicadores de desempenho estabelecidos para o hospital;
IV - adotar estratégias para otimizar a captação de órgãos e tecidos, estabelecendo metas de atuação com prazo determinado;
V - promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade; e
VI - estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.

Seção III
Das Responsabilidades
Art. 4º A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante tem os seguintes deveres:
I - elaborar regimento interno e manual de atribuições, rotinas e responsabilidades;
II - manter os registros de suas atividades (relatórios diários, formulários, atas de reuniões, documentos de notificações e doações etc, conforme modelos nos Anexos I e II);
III - arquivar e guardar adequadamente documentos do doador, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento esclarecido, exames laboratoriais e outros, de acordo com a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997;

IV - apresentar mensalmente os relatórios a CNCDO, conforme modelo no Anexo III;
V - supervisionar todo o processo iniciado, desde a identificação do doador, incluindo a retirada de órgãos e/ou tecidos, a entrega do corpo do doador à família e responsabilizar-se pela guarda e conservação e encaminhamento dos órgãos e tecidos, conforme orientação da respectiva CNCDO;
VI - promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras durante todo o processo de doação no âmbito da instituição;e
VII - promover, nos estabelecimentos autorizados para realização de transplantes de órgãos e/ou tecidos, o acompanhamento dos indicadores de eficiência da atividade dos serviços de transplante, relacionados com sobrevida e qualidade de vida de pacientes transplantados e encaminhar essas informações a CNCDO.

Seção IV
Dos Indicadores de Potencial de Doação da Instituição e de Eficiência no Desempenho das Atividades
Art. 5º Os critérios para determinação dos indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência, utilizados para avaliar o desempenho das atividades são os seguintes:
I - número de leitos;
II - taxa de ocupação;
III - tempo médio de hospitalização;
IV - número de hospitalizações;
V - número de leitos de UTI e existência de respiradores mecânicos em outros setores do estabelecimento de saúde;
VI - taxa de mortalidade geral da instituição com diagnósticos da causa base;
VII - número total de óbitos;
VIII - taxa de mortalidade em UTI;
IX - número de ocorrências de mortes encefálicas diagnosticadas e notificadas a CNCDO;
X - notificações a CNCDO de potenciais doadores de tecidos;
XI - no caso de doação de órgãos, o tempo médio entre a conclusão do diagnóstico de morte encefálica e entrega do corpo aos familiares e de todas as etapas intermediárias;
XII - número de doações efetivas de córneas;
XIII - taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas; e
XIV - causas de não remoção especificadas se por contraindicação médica, condição de não-doador em vida, ausência de familiares presentes, identidade desconhecida, etc.

§ 1º A possibilidade de captação de córneas para transplante está diretamente relacionada ao número de óbitos na instituição, sendo considerado adequado:
I - Entrevistar os familiares de pacientes falecidos no hospital oferecendo a possibilidade de doação de córneas, garantindo a efetivação da doação em um prazo máximo de 6 horas após a constatação do óbito, em 100% dos casos, excetuando-se as contra-indicações médicas definidas pela CNCDO e Banco de Olhos vinculado.
II - Obter um mínimo de 20% de captação efetiva de córneas em relação aos casos entrevistados.
§ 2º A possibilidade de captação de órgãos para transplante está diretamente relacionada à ocorrência de óbitos em pacientes internados nas Unidades de Tratamento Intensivo ou unidades que disponham de equipamento de ventilação mecânica, sendo considerado adequado:
I - Notificar a CNCDO 100% dos casos de ocorrências de diagnóstico de morte encefálica conforme resolução do Conselho Federal de Medicina em vigor e
Art. 13 da Lei 9434 de 4 de fevereiro de 1997, em pacientes internados nas Unidades de Tratamento Intensivo ou outras unidades no hospital que disponham de ventiladores mecânicos. A ocorrência de situações de morte encefálica nas Unidades de Tratamento

Intensivo está estimada entre 10 a 14% do total de óbitos, podendo variar conforme as características do hospital.
II - Entrevistar, em 100% desses casos, os familiares do paciente falecido, oferecendo a possibilidade de doação de órgãos, excetuando-se as contra-indicações médicas, definidas pela CNCDO.
III - Obter um mínimo de 30% de efetivação da doação de órgãos sobre o total de casos notificados a CNCDO.
IV - Obter no mínimo, 60% de consentimento familiar à doação considerando os casos em que foi aplicada a entrevista fam iliar.
V - Conduzir todas as etapas diagnósticas de qualificação do potencial doador de órgãos em no máximo 18 horas.
§ 3º A possibilidade de captação de tecidos musculoesqueléticos, pele, válvulas cardíacas, outros tecidos e partes do corpo humano deverá ser organizada pela CNCDO em regiões de abrangência de Bancos de Tecidos específicos, facilitando os trâmites logísticos necessários à adequada captação, acondicionamento e transporte do material coletado ao Banco de Tecidos.
§ 4º Compete ao Coordenador da Comissão, em conjunto com o Coordenador da CNCDO, determinar os indicadores para a instituição, na forma do disposto no caput deste Artigo.

Capítulo II
DOS CURSOS DE FORMAÇÃO DE COORDENADOR INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE
Art. 6º O currículo do Curso de Formação de Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante deve seguir as seguintes diretrizes:

I - detecção de potencial doador;
II - seleção do doador;
III - manutenção do doador de órgãos e tecidos;
IV - diagnóstico de morte encefálica;
V - entrevista familiar para doação e atenção à família do doador;
VI - retirada dos órgãos e tecidos;
VII - meios de preservação e acondicionamento dos órgãos e tecidos;
VIII - transporte dos órgãos e tecidos;
IX - informações sobre o doador a CNCDO;
X - recomposição do corpo do doador;
XI - logística do processo doação-transplante;
XII - ética em doação e transplante;
XIII - critérios de distribuição de órgãos; e
XIV - aspectos legais.

Parágrafo único. A carga horária estabelecida para o Curso de Formação de Coordenador Intra-Hospitalar de Transplante deve ser de no mínimo 24 horas.
Art. 7º Instruir que outros aspectos a serem abordados durante a realização do curso sejam relacionados à:

I - possibilidade de capacitação para a elaboração de um programa estratégico pró-ativo para detectar a existência de possíveis doadores na instituição;
II - possibilidade de capacitação para promoção de educação continuada na instituição;
III - possibilidade de capacitação para a organização de um sistema de controle de qualidade de todas as ações realizadas durante o processo de doação de órgãos e tecidos; e
IV - possibilidade de capacitação para a organização da equipe de trabalho e treinamento dos integrantes.

ANEXO I

RELATÓRIO DE ATIVIDADE DIÁRIA DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE TRANSPLANTES POSSIBILIDADE DE DOAÇÃO DE TECIDOS (PÓS PCR)

Turno: _____ Data: ___ / ___ / _____

OCORRÊNCIA DE ÓBITOS

Nº	Nome do Paciente	Idade	Causa Básica do Óbito	Responsável pelo Paciente e Telefone	Setor	Doação Tecidos		Causa Não Doação
						Sim	Não	
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Causa da Não Efetivação da Doação:

RECUSA DOS FAMILIARES

001-Desconhecimento do desejo do potencial doador
002-Doador contrário à doação em vida
003-Familiares indecisos
004-Familiares desejam o corpo íntegro
005-Familiares descontentes com o atendimento
006-Receio de demora na liberação do corpo
007-Convicções religiosas
008-Outros

CONTRA/INDICAÇÃO MÉDICA

009-Sorologia Positiva HIV
010-Sorologia Positiva HTLV
011-Sorologia Positiva Hepatite B
012-Sorologia Positiva Hepatite C
013-Acima do tempo máximo para retirada
014-Sem condições clínicas
015-Fora da faixa etária
016-Sem diagnóstico conhecido
017-Portador de neoplasia
018-Imunologia pos Chagas;Sífilis;Toxoplasmose; etc.

PROBLEMAS LOGÍSTICOS OU ESTRUTURAIS

019-Equipe de retirada não disponível
020-Família não localizada
021-Deficiência Estrutural da Instituição
022-Sem identificação
023-Outros

Comentário:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Assinatura do Responsável_____

ANEXO II

RELATÓRIO DE ATIVIDADE DIÁRIA DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE TRANSPLANTES_Nº _____

Turno:_____ Data: ___/ ___ / ____

NOTIFICAÇÃO DE PACIENTES EM MORTE ENCEFÁLICA (ME)

Nº	Nome do Potencial Doador	Idade	Causa da Morte	Responsável pelo Potencial Doador (nome / fone)	Setor	Confirmação Morte Encefálica					Doação Efetivada		Múltipla	Causa Não Doação
						Avaliação		Complementar						
						1ª	2ª	Tipo de Exame	Hora	Responsável pelo Exame	Sim	Não		
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														

Causa da Não Efetivação da Doação:

RECUSA DOS FAMILIARES

001-Desconhecimento do desejo do potencial doador
002-Doador contrário à doação em vida
003-Familiares indecisos
004-Familiares desejam o corpo íntegro
005-Familiares descontentes com o atendimento
006-Receio de demora na liberação do corpo
007-Convicções religiosas
008-Incompreensão da ME
009-Favoráveis à doação apenas após PCR
010-Outros

CONTRA/INDICAÇÃO MÉDICA

011-Sorologia Positiva HIV
012-Sorologia Positiva HTLV
013-Sorologia Positiva Hepatite B
014-Sorologia Positiva Hepatite C
015-Sem condições hemodinâmicas
016-Sem condições clínicas
017-Fora da faixa etária
018-Portador de neoplasia

PROBLEMAS LOGÍSTICOS OU ESTRUTURAIS

019-Equipe não disponível
020-Família não localizada
021-Deficiência Estrutural da Instituição
022-Sem identificação
023-Outros

Definições:

POTENCIAL MORTE ENCEFÁLICA	Indivíduo em coma aperceptivo (status neurológico nível 3 da escala de Glasgow).
POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS	Indivíduo em morte encefálica diagnosticada e notificada a CNCDO.
DOADOR DE TECIDOS	Indivíduo do qual foi removido algum tecido para fim de transplante.
DOADOR DE ÓRGÃOS	Indivíduo do qual foi removido pelo menos um órgão para fim de transplante
DOADOR MULTIORGÂNICO	Doador, do qual foram removidos pelo menos dois órgãos diferentes para fim de transplantes.

Comentário:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Assinatura do Responsável_____

ANEXO III

Relatório Mensal das Atividades da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - CIHDOTT

Mês / ano: ____ / _____

Total de Óbitos

Faixa Etária				
	PCR		**ME**	
Faixa etária	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Menor de 2 anos				
> 2 até 18 anos				
> 18 até 40 anos				
> 40 até 60 anos				
> 60 até 70 anos				
> 70 anos				
Total		**100**		**100**

Nº de óbitos por ME notificados à CIHDOTT	
Turno	**Nº**
Manhã (7h - 13h)	
Tarde (13h -19h)	
Noite (19h - 7h)	

PCR - Parada Cardiorespiratória
ME - Morte Encefálica

Óbitos com Parada Cardiorespiratória:

	Nº	**%**	
Total de óbitos hospitalares		**100**	
Entrevistas realizadas			(Entrevistas realizadas / Óbitos hospitalares x 100)
Entrevistas não realizadas			(Entrevistas não realizadas / Óbitos hospitalares x 100)

Consentimento Familiar			(Consentimento familiar / Entrevistas realizadas x 100)
Recusas			(Recusas familiares / Entrevistas realizadas x 100)

Causas da não Efetivação da Doação de Tecidos:

Relacionadas à Entrevista Familiar	**Nº**	**Motivos Médicos**	**Nº**
Desconhecimento do desejo do potencial doador		Desconhecimento da causa base do óbito	
Potencial doador contrário, em vida, à doação		Portador de neoplasia	
Familiares indecisos		Sorologia positiva	
Familiares desejam o corpo íntegro		Fora da faixa etária	
Familiares descontentes com o atendimento		Tempo máximo para retirada ultrapassado	
Receio de demora na liberação do corpo		Sepse	
Convicções religiosas		Trauma com lesão do tecido a ser doado	
Outros		Outras condições impeditivas	

Aspectos Logísticos ou Estruturais	**Nº**
Equipe de retirada não disponível	
Deficiência estrutural da instituição	
Familiares não localizados	
Potencial doador sem identificação	
Outros	

Óbitos com Morte Encefálica:

	Nº	%	
Total de ocorrências		**100**	
Entrevistas realizadas			(Entrevistas realizadas / Óbitos em morte encefálica x 100)
Entrevistas não realizadas			(Entrevistas não realizadas / Óbitos em morte encefálica x 100)

Consentimento Familiar			(Consentimento familiar / Entrevistas realizadas x 100)
Recusas			(Recusas familiares / Entrevistas realizadas x 100)

Causas da não Efetivação da Doação de Órgãos:

Relacionadas à Entrevista Familiar	Nº	Motivos Médicos	Nº
Desconhecimento do desejo do potencial doador		Desconhecimento da causa M.E	
Potencial doador contrário, em vida, à doação		Portador de neoplasia	
Familiares indecisos		Sorologia positiva	
Familiares desejam o corpo íntegro		Fora da faixa etária	
Não entendimento do diagnóstico de morte encefálica		Instabilidade hemodinâmica	
Familiares descontentes com o atendimento		Parada cardíaca	
Receio de demora na liberação do corpo		Sepse	
Convicções religiosas		Outras condições impeditivas	
Outros			

Aspectos Logísticos ou Estruturais	Nº
Equipe de retirada de órgãos não disponível	
Deficiência estrutural da instituição	
Incapacidade diagnóstica de morte encefálica por carência de especialistas	
Incapacidade diagnóstica de morte encefálica por carência de equipamentos	
Familiares não localizados	
Potencial doador sem identificação	
Outros	

Atividades de Educação e Divulgação

Atividade	Quantidade	Datas
Palestras		
Campanhas		
Reuniões		
Entrevistas à imprensa		
Capacitações		

_____

Assinatura do Coordenador Intra-hospitalar

ANEXO B – RESOLUÇÃO Nº 1826/2007

RESOLUÇÃO

FUNDAMENTOS E LEGALIDADE DA SUSPENSÃO DE SUPORTES TERAPÊUTICOS NA MORTE ENCEFÁLICA DE NÃO-DOADOR

CFM*

EMENTA - Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador.

Palavras-chave: paciente não-doador, morte encefálica, suspensão de procedimento, suporte terapêutico, caráter ético, fundamentação, Resolução CFM nº 1826/2007

FUNDAMENTAL BASIS AND LEGAL SUPPORT TO SUPPORTIVE THERAPY WITHDRAWAL IN NON-DONATOR BRAIN DEATH PATIENTS

Key words: non-donnor patient, brain death, procedure withdrawal, therapeutic support, ethical caracter, CFM nº 1826/2007 Resolution

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO o art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante de órgãos e determina, em seu artigo 3º, que compete ao CFM definir os critérios para a determinação de morte encefálica;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.480, de 21 de agosto de 1997, que normatiza a determinação de morte encefálica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 24 de outubro de 2007,

* Conselho Federal de Medicina.

RESOLVE:

Art. 1º É legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não-doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, nos termos do disposto na Resolução CFM nº 1.480, de 21 de agosto de 1997, na forma da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

§ 1º O cumprimento da decisão mencionada no *caput* deve ser precedida de comunicação e esclarecimento sobre a morte encefálica aos familiares do paciente ou seu representante legal, fundamentada e registrada no prontuário.

§ 2º Cabe ao médico assistente ou seu substituto o cumprimento do *caput* deste artigo e seu parágrafo 1º.

Art. 2º A data e hora registradas na Declaração de Óbito serão as mesmas da determinação de morte encefálica.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília-DF, 24 de outubro de 2007

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Lívia Barros Garção
Secretária-Geral

Resolução CFM Nº. 1826/2007
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 24/10/2007
Publicada em D.O.U. de 06/12/2007

FUNDAMENTAÇÃO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.826/07

"Houve um tempo em que nosso poder perante a Morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a Morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque só podemos adiar...), mais tolos nos tornaremos na arte de viver". (Rubem Alves, O Médico)

A morte encefálica equivale à morte clínica. Portanto, do ponto de vista ético e legal, após seu diagnóstico é dever do médico retirar os procedimentos de suporte que mantinham artificialmente o funcionamento dos órgãos vitais utilizados até o momento de sua determinação. A suspensão desses recursos não é eutanásia