

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

CRISTIANE BITTENCOURT FELICIO SANTOS

**POLÍTICA NACIONAL DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE NO
BRASIL: CONFLITOS BIOÉTICOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

VITÓRIA

2021

CRISTIANE BITTENCOURT FELICIO SANTOS

**POLÍTICA NACIONAL DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE NO
BRASIL: CONFLITOS BIOÉTICOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Área concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de pesquisa: Políticas de Saúde e Processos Sociais.

Orientadora: Prof^a Dr^a Roberta Ribeiro Batista Barbosa

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Solange Rodrigues D. Nascimento

VITÓRIA

2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

S237p Santos, Cristiane Bittencourt Felicio
Política nacional de doação de órgãos para transplante no
Brasil : conflitos bioéticos em Unidade de Terapia Intensiva /
Cristiane Bittencourt Felicio Santos - 2021.
106 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Ribeiro Batista Barbosa

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Transplante de órgãos - Brasil. 2. Bioética. 3. Obtenção de
tecidos e órgãos - Brasil. 4. Políticas de saúde. I. Barbosa,
Roberta Ribeiro Batista. II. Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 617.75

CRISTIANE BITTENCOURT FELICIO SANTOS

**POLÍTICA NACIONAL DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE NO
BRASIL: CONFLITOS BIOÉTICOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória como requisito parcial para obtenção
do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local.

Aprovada em XX de Junho de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^a. Roberta Ribeiro Batista Barbosa

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –EMESCAM
Orientadora

Prof^ª. Dr^a. Solange Rodrigues da Costa Nascimento

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –EMESCAM
Coorientadora

Prof^ª. Dr^a. Maria Carlota de Rezende Coelho

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –EMESCAM

Prof. Dr. Luzielio Alves Sidney Filho

Universidade Federal do Espírito Santo -UFES

Dedico ao meu esposo pelo companheirismo, à minha mãe, meu pai e minha irmã pelo apoio e especialmente ao meu filho, fonte de inspiração e motivação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por estar sempre atento as minhas necessidades e por renovar as minhas forças a cada dia. Sou muito grata por tudo que tenho recebido.

Ao meu amado esposo Níger, pelo amor incondicional, pela dedicação a nossa família, pelo incentivo, pelo carinho dispensado a mim principalmente nos momentos de estresse. Me encorajou a dar esse passo tão importante. Obrigada por acreditar em mim e por sempre me impulsionar com seu afeto e companheirismo.

Ao meu filho amado Bernardo, que com sua pequenez e inocência, mostrou-me a simplicidade e trouxe, por muitas vezes, acalento nos momentos de desespero. Seu sorriso, seu carinho e amor me tornam mais forte e não me permitiram desistir, vivendo pra você e por você. Por entender sempre as ausências da mamãe para estudar. Te amo filho. Você é a razão disso tudo.

Aos meus queridos pais Josefina e José, pelo apoio incondicional, pelo cuidado constante, por sempre me estimularem aos estudos e ao cultivo de bons valores éticos desde os primeiros anos de vida, por cuidarem do meu filho com tanta dedicação e carinho quando não posso estar presente. Meu amor e admiração por vocês.

A minha irmã, Carla, ao meu cunhado Izaque a minha sobrinha Luna (uma princesa) pelo apoio e incentivo, pelo cuidado com meu filho nos momentos de necessidade, pelo amor dispensado a nós e pela torcida constante pelo meu sucesso. Amo vocês.

A minha orientadora Prof. Dr.^a Roberta, pelos ensinamentos e dedicação. Por ser complacente e humana, durante o avanço da dissertação e compreender que não está sendo fácil o trabalho no enfermeiro que atua na linha de frente nesta pandemia e por sempre acreditar em mim. Sua compreensão me fez persistir e ir em busca do meu sonho e objetivo maior. Minha gratidão eterna.

A minha coorientadora Prof. Dr.^a Solange pelas valiosas contribuições na confecção do meu projeto de pesquisa e incentivo a prosseguir, por entender que por vezes tive dificuldade para avançar com a pesquisa devido ao momento de muito trabalho no hospital. Toda a minha gratidão.

Aos professores Dr.^a Maria Carlota de Rezende Coelho, Dr.^a Solange Rodrigues da Costa Nascimento e Dr. Luzielio Alves Sidney Filho, pelas valiosas contribuições na minha banca de qualificação. Foram fundamentais para o término deste trabalho.

À Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) e a todos funcionários e alunos pela acolhida carinhosa e oportunidade de agregar novas experiências.

Aos professores do programa de mestrado, por compartilhar suas experiências e pela oportunidade de aprimorar habilidades docentes, durante todo o processo deste programa. Vocês são excelentes.

Ao hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, representando neste momento pelo Diretor de Ensino Dr. Rafael Luzório, por confiar e permitir o desenvolvimento desta pesquisa. O meu muito obrigada.

Aos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva que aceitaram a participar da pesquisa e não mediram esforços para a contribuição das mesmas. A enfermeira Beatriz Colodette, coordenadora da CIHDOTT, que contribuiu com as informações de dados necessários para que a minha pesquisa fosse realizada. Serei eternamente grata.

Aos meus colegas e amigos do curso de mestrado, Leticia Corrêa, Gilbânia Landi, Juliana Gonçalves, Elizabeth Salles, Lucas José Fiório e Glauco Pereira, pelas trocas de ideias e ajuda mútua. Juntos conseguimos avançar e ultrapassar todos os obstáculos.

Um dia, um doutor determinará que meu cérebro deixou de funcionar e que basicamente minha vida cessou. Quando isso acontecer, não tentem introduzir vida artificial por meio de uma máquina. Ao invés disso, deem minha visão ao homem que nunca viu o sol nascer, o rosto de um bebê ou o amor nos olhos de uma mulher. Deem meu coração a uma pessoa cujo coração só causou indetermináveis dores. Deem meus rins a uma pessoa que depende de uma máquina para existir semana a semana. Peguem meu sangue, meus ossos, cada músculo e nervos do meu corpo e encontrem um meio de fazer uma criança aleijada andar. Peguem minhas células, se necessário, e usem de alguma maneira a que um dia um garoto mudo seja capaz de gritar quando seu time marcar um gol, e uma menina surda possa ouvir a chuva batendo em sua janela. (...)Se realmente quiserem enterrar alguma coisa, que sejam as minhas falhas, minhas fraquezas e todos os preconceitos contra meus semelhantes. (...) Se quiserem lembrar de mim, façam-no com um ato bondoso ou dirijam uma palavra delicada a alguém que precise de vocês. Se vocês fizerem tudo o que estou pedindo, viverei para sempre.

Bruno apud Galvão, 1998

RESUMO

Introdução: O transplante de órgão é o último recurso terapêutico na tentativa de manutenção da vida, sendo a doação de órgãos um processo indispensável para que o transplante aconteça, entretanto, ao longo desse processo de doação, situações de conflitos bioéticos podem surgir.

Objetivo: Analisar a percepção dos enfermeiros sobre os conflitos bioéticos no processo de doação de órgãos para transplantes e identificar as condutas adotadas frente a esses conflitos.

Método: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, realizado com 10 enfermeiros que prestavam assistência a potenciais doadores na unidade de terapia intensiva em um hospital filantrópico no Sul do Estado do Espírito Santo e que tenham no mínimo um ano de atuação na terapia intensiva. Para identificar os conflitos bioéticos e as condutas frente aos mesmos foram realizadas entrevistas semi estruturadas que foram analisadas por meio da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Todos os enfermeiros participantes já se depararam com alguma situação de conflito bioético no processo de doação de órgãos, sendo em maior proporção a referente à conduta da equipe médica, que após análise levou se a conclusão que não estava bem claro para as equipes médicas do hospital pesquisado, as questões burocráticas do processo, como protocolos de diagnóstico de morte encefálica e protocolos de cuidados com o possível doador. Outro aspecto que suscitou reflexões nesta pesquisa foram os problemas de gestão hospitalar, especificamente nos exames de imagem e no profissional anestesista.

Palavras Chaves: Bioética; Obtenção de Tecidos e Órgãos; Transplante; Atitude Frente à Morte; Tomada de Decisão.

ABSTRACT

Introdução: O transplante de órgão é o último recurso terapêutico na tentativa de manutenção da vida, sendo a doação de órgãos um processo indispensável para que o transplante aconteça, entretanto, ao longo desse processo de doação, situações de conflitos bioéticos podem surgir.

Objetivo: Analisar a percepção dos enfermeiros sobre os conflitos bioéticos no processo de doação de órgãos para transplantes e identificar as condutas adotadas frente a esses conflitos.

Método: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, realizado com 10 enfermeiros que prestavam assistência a potenciais doadores na unidade de terapia intensiva em um hospital filantrópico no Sul do Estado do Espírito Santo e que tenham no mínimo um ano de atuação na terapia intensiva. Para identificar os conflitos bioéticos e as condutas frente aos mesmos foram realizadas entrevistas semi estruturadas que foram analisadas por meio da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Todos os enfermeiros participantes já se depararam com alguma situação de conflito bioético no processo de doação de órgãos, sendo em maior proporção a referente à conduta da equipe médica, que após análise levou se a conclusão que não estava bem claro para as equipes médicas do hospital pesquisado, as questões burocráticas do processo, como protocolos de diagnóstico de morte encefálica e protocolos de cuidados com o possível doador. Outro aspecto que suscitou reflexões nesta pesquisa foram os problemas de gestão hospitalar, especificamente nos exames de imagem e no profissional anestesista.

Keywords: Bioethics; Procurement of Tissues and Organs; Transplant; Attitude Facing Death; Decision Making.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estrutura e Funcionamento do SNT.....	38
Quadro 1 – Síntese das principais legislações do processo de doação, captação e transplantes de órgãos para fins terapêuticos.....	40
Tabela 1 – Procedimentos obrigatórios para determinação de ME.....	48
Tabela 2 – Procedimentos para realização segura do teste de apneia.....	49
Quadro 2 – Exames a serem solicitados para avaliação do potencial doador.....	51
Quadro 3 – Categorias e Subcategorias da 1ª questão norteadora.....	63

LISTA DE SIGLAS

- ABTO** - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
- AVE** - Acidente Vascular Encefálico
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CET** - Central Estadual de Transplantes
- CFESS** - Conselho Federal de Serviço Social
- CFM** - Conselho Federal de Medicina
- CGSNT** - Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes
- CIHDOTT** - Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
- CNCDO** - Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
- CNH** - Carteira Nacional de Habilitação
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- CNT** - Central Nacional de Transplantes
- COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem
- CRM** - Conselho Regional de Medicina
- DML** - Departamento Médico Legal
- EEG** - Eletroencefalograma
- EMESCAM** - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
- FIOCRUZ** - Fundação Osvaldo Cruz
- GAE** - Grupos de Assessoramento Estratégico
- HCFMUSP** - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo
- HIAE** - Hospital Israelita Albert Einstein
- ME** - Morte Encefálica
- MS** - Ministério da Saúde
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- OPO** - Organização de Procura de Órgãos
- PMP** - Por Milhão da População
- RG** - Registro Geral
- SAES** - Sociedade Brasileira de Anestesiologista do Espírito Santo
- SESA** - Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
- SNT** - Sistema Nacional de Transplantes
- SUS** - Sistema Único de Saúde

SVO - Sistema de Verificação de Óbito

TCLE - Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido

TTS - The Transplantation Society

UC - Unidade de Contexto

UR - Unidade de Registro

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3 MÉTODOS.....	20
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	20
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	20
3.3 PARTICIPANTES.....	20
3.4 PROTOCOLO DO ESTUDO.....	22
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	23
3.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	24
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	25
4.1 BIOÉTICA E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES.....	25
4.2 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E POLÍTICA NACIONAL DE TRANSPLANTES	31
4.3 PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES.....	38
4.3.1 Terminologia do processo de doação.....	38
4.3.2 Conceitos e causas da Morte Encefálica.....	39
4.3.3 Rastreamento e diagnóstico de Morte Encefálica.....	41
4.3.4 Avaliação do potencial doador de órgãos.....	46
4.3.5 Manutenção do potencial doador de órgãos e a enfermagem.....	49
4.3.6 Entrevista familiar para doação de órgãos.....	51
5 ARTIGO ORIGINAL - PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES: CONFLITOS BIOÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS QUE ATUAM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	52
5.1 SITUAÇÕES DE CONFLITO BIOÉTICO VIVENCIADO OU OBSERVADO PELO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS	58

5.2 TOMADA DE DECISÃO FRENTE A SITUAÇÃO DE CONFLITOS BIOÉTICOS.....	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS	82
APENDICE A	94
APENDICE B.....	97
APENDICE C.....	99
ANEXO A.....	102

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O transplante de órgãos constitui uma técnica de terapia substitutiva valiosa, mas a demanda de receptores ainda é muito superior à disponibilidade de doadores, circunstância que impede que os bancos de órgãos atendam a todos os que deles necessitam, aumentando as filas de espera por órgãos no Brasil. Mesmo com a tendência crescente de transplantes, a realidade ainda é desfavorável para os que necessitam dessa medida extrema para sobreviver, devido à necessidade de doadores no país (MAYNARD et al., 2015).

No que se trata do quantitativo de doadores efetivos, no ano de 2019 o Brasil apresentou um aumento de 0,06% em relação a 2018, correspondendo a 3.768 doadores e uma taxa de 18,1 por milhão da população (PMP). Tal número se torna baixo quando comparado a outros países, como é o caso da Espanha, líder mundial de doadores de órgãos, que no ano de 2017, a taxa foi de 46,9 PMP, totalizando 2.183 doações e 5.261 órgãos transplantados (ABTO, 2018; ABTO, 2019; COELHO; BONELLA, 2019).

Em contrapartida no Estado do Espírito Santo no ano de 2019, de acordo com os registros da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), esse número teve um aumento significativo para 11,3 doadores PMP sendo que em 2018 esse número era 9,0 doadores PMP. Mas se comparado a Espanha, que desde 1992 é líder mundial de doação e transplantes, e que vem mantendo médias acima de 20 PMP, o Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer (BRASIL, 2012).

No ano de 2019, o Brasil realizou 9.188 transplantes de órgãos sólidos, dentre eles: coração, fígado, pâncreas, pulmão, rins e intestino. Nesse mesmo ano foram adicionadas 18.525 pessoas à lista de espera, destes, 2.248 pessoas morreram na fila dos transplantes, portanto os dados estatísticos evidenciam mais uma vez o desequilíbrio entre a oferta e a demanda (ABTO, 2019).

Além da constatação da alta demanda por transplantes, baixa disponibilidade em relação à doação e recepção de órgãos, há uma questão importante a ser analisada que se relaciona ao trabalho da equipe envolvida no transplante. Trata-se dos conflitos vivenciados por essa equipe, especialmente, os conflitos bioéticos vivenciados pelos enfermeiros.

Estudos anteriores sobre os conflitos decorrentes do processo de doação de órgãos, como os realizados por Araújo e Massarollo (2014) destacaram que os enfermeiros se deparam cotidianamente com o problema da não aceitação da equipe multiprofissional em desconectar o ventilador mecânico do paciente não doador de órgãos que se encontra em Morte Encefálica (ME).

Outro estudo mais recente apontou ainda a dificuldade dos profissionais em esclarecer os familiares sobre a situação de morte do paciente e o desligamento de aparelhos. Para o enfermeiro, essa ação realizada em um ser humano com o coração batendo, mesmo com o diagnóstico de ME gera a impressão de que ele está “matando” o paciente, sendo que o paciente já está em óbito (CASTELLI; JÚNIOR, 2018).

Castro et al. (2018) confirmam que a morte encefálica traz sentimentos desagradáveis como tristeza e angústia à família enlutada e aos enfermeiros que prestam assistência ao paciente. O fato do enfermeiro lidar diretamente com o luto já proporciona a vivência de grandes conflitos. A abordagem da família também é complexa, podendo gerar conflitos. Desta forma, os autores mencionam a necessidade de capacitação constante da equipe para maior segurança na abordagem familiar.

Ainda abordando os obstáculos vivenciados no processo de doação de órgãos, uma pesquisa realizada por Moraes et al. (2014) destacou a escassez de recursos humanos e materiais e também o desconhecimento dos profissionais de saúde referente ao processo como os principais obstáculos para a doação de órgãos. Tais questões interferem diretamente na identificação do possível doador, na realização do diagnóstico de ME, na comunicação aos familiares, na manutenção da viabilidade dos órgãos para transplante, na entrevista familiar e na liberação do corpo do doador para sepultamento.

Além das questões mencionadas, nas entrevistas familiares, o profissional precisa lidar com situações difíceis como o abalo emocional da perda, o sofrimento, a dificuldade de aceitar e entender a morte pelas famílias. Por vezes isso gera grande conflito profissional e pessoal, causando impotência diante de questões que muitas vezes não há respostas (ARAÚJO; MASSAROLLO, 2014). O cotidiano de trabalho no processo de doação de órgãos é permeado por situações que trazem inquietações, conflitos e dificuldades na tomada de decisão, que muitas vezes envolvem crenças, princípios, valores morais, religiosos e culturais.

Esses estudos conjuntamente com outras pesquisas que serão abordadas mais adiante, indicam a existência de diversas questões que se entrelaçam no processo de doação de órgãos, sejam, questões familiares ou as da própria equipe multiprofissional.

Em meio ao processo de doação de órgãos permeiam questões que envolvem, muitas vezes, a moral humana. Esse processo complexo, além de abranger o conhecimento técnico científico, envolve também a subjetividade dos profissionais da equipe, a relação com pacientes em situação eminente de óbito e também a relação com os seus familiares. Cada família é composta por aspectos heterogêneos em se tratando das crenças, valores e atitudes. Assim, considerando que as ações relacionadas à doação precisam ocorrer em um curto espaço de tempo, isso pode gerar uma pressão e desgaste na equipe de saúde, sobretudo nos enfermeiros, por precisarem considerar essas crenças, valores e atitudes dos familiares na tomada de decisão (OLIVEIRA; FERNANDES, 2016).

Esse complexo processo de doação envolve muito conhecimento técnico científico por parte dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais. Nesse aspecto, a Resolução 292/2004 disponibilizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) prevê que é dever do enfermeiro planejar e executar ações, coordenar, supervisionar e avaliar todos os procedimentos que são prestados aos doadores de órgãos. Nesse mesmo sentido, de acordo com Dória et al. (2015) não basta apenas ter a formação acadêmica para que a efetivação de tais processos seja realizada, é necessário possuir conhecimento específico e qualificado quanto às intervenções de enfermagem que devem ser realizadas no doador para que seus órgãos se tornem viáveis para transplante.

O trabalho na qualidade de membra da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CHIDOTT) de um hospital referência no Sul do Estado do Espírito Santo nesse tipo de serviço, possibilitou uma experiência atravessada por muito incômodos e indagações sobre a vivência de situações de conflito, o que motivou o estudo sobre essa temática tencionando fazer uma reflexão mais aprofundada sobre eles. Essa trajetória foi trilhada percorrendo diversos caminhos da assistência hospitalar até a coordenação da referida Comissão.

Este estudo se justifica pela necessidade de compreender os conflitos bioéticos vivenciados pelos enfermeiros no processo de doação de órgãos para transplantes contribuindo com

reflexões e discussões acerca do tema, visando, assim, oferecer a esses profissionais mais subsídios para melhor compreensão desse processo e assim proporcionar possíveis direcionamentos para a tomada de decisão.

Nas entrevistas familiares, o abalo emocional da perda, o sofrimento, a dificuldade de aceitar e entender a morte pelas famílias são situações difíceis de lidar. Por vezes isso gera grande conflito profissional e pessoal, causando impotência diante de questões que muitas vezes não há respostas.

Outra razão que justifica este estudo é que os enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estão propensos a identificar possíveis doadores e auxiliar no processo de identificação da ME. Sendo assim, compreender os conflitos vivenciados no dia a dia por esses profissionais pode contribuir para que eles desempenhem seu papel de forma segura, eficiente e humana junto a equipe hospitalar.

É importante destacar que o enfermeiro é uma parte integrante do cuidado do potencial doador de órgãos e desempenha papel fundamental nesse processo, pois cuida diretamente desses pacientes e de seus familiares. Nessa concepção, é comum esse profissional se deparar cada vez mais com conflitos bioéticos no seu cotidiano de trabalho.

Nesse sentido, minhas observações enquanto membra da CIHDOTT aliadas ao conhecimento teórico adquirido durante a especialização em Captação, Doação e Transplantes de Órgãos e Tecidos pelo Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE (2015) e Unidade de Terapia Intensiva Geral e Coronariana pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM (2018) foram substancialmente importantes para surgir a indagação: quais são os conflitos bioéticos que permeiam o processo de doação de órgãos para transplantes? O que os enfermeiros levam em consideração para a resolução desses conflitos? Para tentar responder essa questão delimitou-se como objeto de estudo: “Política nacional de doação de órgãos para transplante no Brasil: conflitos bioéticos em Unidade de Terapia Intensiva”.

Assim, após essas considerações introdutórias, a primeira seção do capítulo da revisão de literatura desta dissertação trata sobre a conceituação da bioética e seu surgimento que coincide também com a realização dos primeiros transplantes no mundo. Conforme será visto, desde o início dos processos de transplantes já havia conflitos que mais tarde contribuíram para o

surgimento da bioética passando a ser também seu objeto de estudo. Na sequência, há uma vasta revisão bibliográfica sobre as legislações brasileiras e a política nacional de transplantes. E a última seção do capítulo de revisão de literatura, problematiza o diagnóstico de ME e o processo de doação de órgãos para transplantes, trazendo conceituações, terminologias, avaliações, rastreamento e aspectos familiares. Os resultados da pesquisa qualitativa realizada com os enfermeiros são trazidos no capítulo 5, juntamente com as discussões e análise do conteúdo das entrevistas. Os resultados levaram à constatação de que todos os enfermeiros já se depararam em algum momento com algum conflito bioético, grande parte deles, envolvendo aspectos da conduta médica, além de outros conflitos que envolve a gestão hospitalar e a própria conduta da enfermagem.

Espera-se que este estudo contribua para melhorar as discussões sobre essa temática e para fundamentar o processo de tomada de decisão pelo enfermeiro, frente aos conflitos bioéticos vivenciados no seu cotidiano de trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos enfermeiros que atuam em uma Unidade de Tratamento de Intensiva de um hospital filantrópico do Sul do Espírito Santo sobre os conflitos bioéticos vivenciados por eles no processo de doação de órgãos para transplantes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos enfermeiros que atuam no processo de doação de órgãos;
- Identificar os principais conflitos bioéticos percebidos pelos enfermeiros de uma Unidade de Tratamento Intensivo em sua prática cotidiana;
- Conhecer as condutas dos enfermeiros frente a esses conflitos.

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. O estudo descritivo procura observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos ou fenômenos e tem como objetivo fundamental a descrição das características de determinada população ou fenômeno. O estudo exploratório tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições (GIL, 2017).

A abordagem qualitativa investiga realidades não mensuráveis como a significância das relações humanas, valores e crenças que permeiam intensamente as relações de trabalho, como as de enfermagem (MINAYO, 2008).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, hospital filantrópico, de grande porte que mantém 90% do seu atendimento dedicado ao Sistema Único de Saúde (SUS), dispondo no total de 204 leitos, realizando atendimento de pacientes oriundos dos 26 municípios da região sul com as especialidades nas áreas clínicas, cirúrgicas, traumas e urgência e emergência. É referência no Sul do Estado do Espírito Santo em urgência e emergência e em doação de órgãos para transplantes, o que possibilitou a realização deste estudo.

A UTI adulta geral dispunha de 25 leitos exclusivamente SUS, com taxa de ocupação de 98%, com média de 70 internações/mês, a UTI convênio e particular, dispunha de 8 leitos, com taxa de ocupação de 55%.

A CIHDOTT da Santa Casa foi instituída por ato formal do Diretor Técnico através de ato de nomeação em março de 2009, desde então, a comissão passou por algumas atualizações de membros da equipe, sendo a última atualização realizada em julho de 2020.

A referida Comissão é formada por equipe multiprofissional da área de saúde, que tem a finalidade de organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Atualmente é composta por duas enfermeiras que atuam na UTI, sendo uma desta a coordenadora da Comissão, dois médicos que também atuam na UTI, uma fisioterapeuta e uma pessoa do faturamento. A média de doação de órgãos do período de janeiro de 2014 a setembro de 2019 foi de 52% (26 doadores) para 50 potenciais doadores, tendo um total de 57 diagnósticos de ME, destes 6 não eram potenciais doadores e 01 fez parada cardiorrespiratória após a conclusão do diagnóstico de ME.

3.3 PARTICIPANTES

As UTIs delimitadas como campo de pesquisa possuem uma equipe de 23 enfermeiros, composta por enfermeira coordenadora da CIHDOTT, enfermeira coordenadora das UTIs e os enfermeiros assistenciais, que atuam na UTI 1 que atende apenas SUS com 25 leitos, UTI 2 que atende particular e convênios particulares com 8 leitos e UTI 3 com 10 leitos do SUS.

Os critérios de inclusão foram: enfermeiros que atuam prestando assistência direta aos pacientes do SUS e dos leitos particulares/convênios há pelo menos um ano. Esse período foi delimitado visando garantir que eles tenham vivenciado o processo de doação de órgãos no seu cotidiano de trabalho. Foram excluídos da pesquisa os enfermeiros que estavam de férias, licença médica e aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

As informações foram coletadas no período de setembro a dezembro de 2020. Dos 23 enfermeiros que atuam nas unidades de terapia intensiva, 10 não apresentavam um ano completo de atuação no setor. Dos 13 enfermeiros que preencheram os critérios de inclusão, um estava de licença maternidade e 2 não aceitaram participar da pesquisa, permanecendo no estudo 10 enfermeiros entrevistados. Os participantes foram caracterizados como Enfermeiro 01, Enfermeiro 02, Enfermeiro 03, Enfermeiro 04, Enfermeiro 05, Enfermeiro 06, Enfermeiro 07, Enfermeiro 08, Enfermeiro 09 e Enfermeiro 10.

3.4 PROTOCOLO DO ESTUDO

Os dados foram coletados através de entrevista, com utilização de um roteiro, semiestruturado (APÊNDICE A), com perguntas fechadas e abertas, contendo duas partes. Para Manzini (2003), a entrevista semi-estruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

A primeira parte do roteiro está relacionada à caracterização do participante, com informação referente a sexo, idade, religião, tempo de atuação, tempo de formação, pós-graduação *stricto* e *lato sensu*, e cursos específicos na área de doação de órgãos. A segunda parte é composta por questões abertas e norteadoras que possibilitem o alcance dos objetivos propostos.

A princípio a entrevista seria presencial e individual com os enfermeiros participantes, mas devido a pandemia de COVID-19 declarada em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde – OMS (UNA – SUS, 2020) foi necessária alteração na metodologia de pesquisa. O hospital de estudo passou a ser referência no atendimento as vítimas suspeitas e/ou confirmadas de COVID 19, portanto, a entrevista passou a ser via telefone, gravada e realizada pela autora da pesquisa. Para a coleta de dados, a pesquisadora entrou em contato com o diretor de ensino, posteriormente, com a coordenadora da CIHDOTT, com o objetivo de informar que as entrevistas seriam realizadas.

Os enfermeiros foram informados pela pesquisadora através de um comunicado enviado por telefone e envio do Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido (TCLE) a fim de informá-los o objetivo da pesquisa, buscar o consentimento para participação do estudo e agendamento da entrevista. Assim que tomaram conhecimento do objetivo da pesquisa, os participantes assinaram o TCLE e encaminharam de volta por meio do email desta pesquisadora e após o recebimento desse Termo, as entrevistas telefônicas foram agendadas. Elas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, somando um tempo de duração de aproximadamente 15 minutos cada entrevista.

Cabe ressaltar que mediante o cenário de pandemia que o hospital estava enfrentando quando as entrevistas foram realizadas, é provável que os resultados obtidos tenham sofrido influências

desse momento, visto o estresse, cansaço, esgotamento físico e mental o qual se encontravam os entrevistados. Além do famigerado problema antigo que ainda cerceiam os hospitais e tomaram maior proporção com a pandemia que é a falta de leitos em UTI's, as mudanças na estrutura física com abertura de leitos de enfermarias e UTI's às pressas, houve também a contratação em massa de profissionais de saúde. Conforme será visto mais adiante na análise dos dados, os entrevistados relataram que foi necessária a contratação de muitos profissionais sem experiência, o que, de acordo com eles, se tornou mais uma dificuldade na abertura e andamento do processo de doação de órgãos. Portanto, provavelmente os resultados dessa pesquisa também sofreram os impactos da pandemia.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise e interpretação dos dados coletados por meio do questionário foram realizadas em duas etapas: a primeira verificou a frequência das respostas nas questões fechadas, sendo esta contabilizada manualmente e seus resultados apresentados por meio de análise descritiva. As questões abertas, por sua vez, foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (2011), que objetivou analisar o que foi dito nas entrevistas com o intuito de produzir inferências do texto para seu contexto social.

Pressupôs as etapas de pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na fase de pré análise foi realizada a transcrição das entrevistas realizadas com os enfermeiros. Posteriormente, foi feita a análise flutuante desses depoimentos, leitura horizontal para definição de eixos temáticos, construção de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e sobre os conteúdos do texto analisado. Na etapa de exploração do material por meio da leitura horizontal foi possível a construção do corpus da pesquisa (constituído por dez entrevistas) e avaliado as falas dos participantes por meio do método de avaliação de intensidade e direção. (BARDIN, 2011).

Em seguida foi realizada síntese e análise para a construção das Unidades de Registro (UR) por meio de identificação de categorias representativas. Esse processo possibilitou a construção de Unidades de Contexto (UC) encontradas nas falas, por meio de palavras, que se agruparam segundo suas semelhanças e significados identificados.

O tratamento dos resultados foi por meio da análise dos dados tomando como referência as evidências científicas acerca da temática pesquisada. Os dados foram organizados segundo as categorias empíricas, que foram provenientes da busca das evidências expressas nas falas dos participantes do estudo. Estes tomaram por base a concordância de suas análises para a identificação, nomeação e frequência das categorias.

3.6 QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Diretor de ensino e pesquisa do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim através da assinatura de uma carta de anuência (APÊNDICE B). Foi realizada em consonância com as recomendações da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para Pesquisa Científica em Seres Humanos, para tanto o projeto foi aprovado, nº parecer do CEP 3.947.930 no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EMESCAM (ANEXO A).

Todos os participantes do estudo foram informados sobre a natureza e objetivo da pesquisa e após o aceite manifestaram sua aquiescência por meio da sinalização da opção “aceito” do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), constante no APÊNDICE C. Foi garantido o anonimato dos sujeitos participantes do estudo, sendo que no relatório de pesquisa eles não foram identificados. As gravações em áudios serão guardadas sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 BIOÉTICA E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES

O conceito de bioética foi historicamente construído a partir de muitos fatos marcantes. É um conceito relativamente novo, cujas discussões se reservam ao enlace entre ciências da saúde e a biotecnologia (CORTINA, 2005). Antes, porém, de destacar os fatos marcantes que deram origem aos estudos da bioética. Procurar-se-á conceituar o termo.

Muitos autores entendiam que a criação do termo “bioética” era atribuída ao oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter (1911-2001) com a publicação em 1971 do seu livro *Bioethic: bridge to the future* (Bioética: ponte para o futuro – traduzido para o português), para Potter a bioética seria a “ciência da sobrevivência” (GOLDIM, 2006, p.86). De acordo com Goldim (2006) ao usar o termo híbrido “bioética” (*bios*: vida; *ethiké*:ética) Potter queria destacar o caráter interdisciplinar e abrangente desse novo ramo do saber. Assim, “bio” representaria o conhecimento biológico, dos sistemas vivos e “ética” seria o conhecimento do sistema de valores humanos.

Contudo, tempos mais tarde, Rolf Löther, da Universidade de Humboldt, de Berlim, encontrou um artigo publicado em 1927 no periódico alemão *Kosmos* de autoria de Fritz Jahr onde de fato a palavra bioética havia sido citada pela primeira vez. Isso antecipa o surgimento do termo em 47 anos. Nesse artigo Jahr reconhece que as obrigações éticas não se restringem ao ser humano, mas a todos os seres vivos (GOLDIM, 2006).

Uma das principais definições de Bioética é a do Dicionário de Bioética onde define o termo como “ética da vida” cuja ciência “tem como objetivo indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente proponíveis, denunciar os riscos das possíveis aplicações” (LEONE; PRIVITERA; CUNHA (2001, p. 21). A Bioética é “um campo do conhecimento que emergiu como tentativa de resposta às mudanças e aos desafios surgidos no século XX, nas esferas individual, coletiva e ambiental” (MOTTA; VIDAL; SIQUEIRA-BATISTA, 2012, p. 431). Brauner (2003) resume a bioética como sendo “o conjunto de princípios que tendem a preservar o sentido humano em uma sociedade cada vez mais dominada pela ciência e pela técnica” (p.155-156).

Nessa mesma direção de conceituar o termo, a definição de Bioética que se tornou mais clássica e por isso a mais adotada, foi a proposta pela renomada Enciclopédia de Bioética do Instituto Kennedy em 1978:

A bioética é o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, enquanto esta conduta é examinada à luz de valores e princípios morais. A Bioética abarca a ética médica, porém não se limita a ela. A ética médica, em seu sentido tradicional, trata dos problemas relacionados a valores, que surgem da relação entre médico e paciente. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002, p. 32).

Muitas vezes, o termo ética e bioética são entendidos como sinônimos, eles têm sim suas similaridades, porém suas abrangências são diferentes. A ética de acordo com Cortella (2009) é:

(...) o que marca a fronteira da nossa convivência. [...] é aquela perspectiva para olharmos os nossos princípios e os nossos valores para existirmos juntos [...] é o conjunto de seus princípios e valores que orientam a minha conduta (p. 102).

Assim, a bioética seria a aplicação prática da própria ética na análise de “conflitos e controvérsias relacionados com a ciência jurídica e médica, passando pelo campo da moral, para servir como fundamentação às decisões que impliquem qualquer vínculo com a vida e a saúde” (LUMERTZ, MACHADO, 2016, p. 108). A partir dessas conceituações, faz-se necessário distinguir também o conceito de bioética e a ética no contexto médico. Oliveira (2012) procurou fazer um paralelo histórico visando essa definição:

A bioética se distingue da ética médica, porque, como uma reflexão ética, a bioética se estrutura de modo profundamente interdisciplinar, em diálogo contínuo com as diversas disciplinas interessadas no problema da vida, como um novo modo de operar a reflexão científica sobre problemas morais. Dessa maneira, ela se distingue da ética médica, no campo deontológico, ou seja, a ética médica trata especificamente da ética no campo da profissão médica. No passado, a medicina era fundamentalmente uma arte, e a ética médica se preocupava, sobretudo, com a relação médico-paciente e com as relações entre os profissionais médicos. A partir do século XIX, a medicina passou a ser uma ciência experimental e, a partir da segunda metade do século XX, tornou-se uma ciência com fortes traços de tecnologia. Nesse sentido, a biomedicina passou a fazer parte das ciências experimentais com forte impacto social (OLIVEIRA, 2012, p. 111).

Conforme mencionado acima na citação de Oliveira (2012), a bioética abrange diversas áreas do conhecimento, por isso, as reflexões são sempre num âmbito interdisciplinar. As discussões vão além do fazer da própria profissão e das discussões das relações entre médico e paciente, ela contempla o limiar entre a vida e a morte.

De acordo com o pontuado no segundo parágrafo dessa seção, diversos fatos históricos marcaram e impulsionaram o surgimento da bioética. Um desses fatos foi que logo após a II

Guerra Mundial o mundo tomou conhecimento de denúncias de atrocidades que aconteceram nos campos de concentração nazistas cometidas por pesquisadores que usavam os prisioneiros desses campos como cobaias para pesquisas científicas (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Outras pesquisas perversas também marcaram e antecederam a disciplina de bioética. Entre elas, destaca-se a pesquisa que retirava intencionalmente o tratamento a base de penicilina de operários infectados por estreptococos como meio de permitir alternativas de prever as complicações dessa retirada; estudos como os que aconteceram entre 1930 a 1970 que deixaram 400 pessoas negras sem tratamento para sífilis com o objetivo de conhecer o ciclo natural da doença; pesquisa em que foram injetadas células vivas de câncer em idosos e pessoas com perturbações mentais graves hospitalizadas sem comunicá-los com o objetivo de acompanhar as repostas imunológicas do organismo. Assim, abusos científicos como esses em nome da ciência e do progresso forçaram a opinião pública a perceber que nem tudo que era feito em nome da ciência era moralmente correto. Todos esses excessos da união entre ciência, tecnologia e medicina, impulsionaram o estudo e surgimento da disciplina da bioética (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Todavia, a imoralidade nas pesquisas científicas envolvendo seres humanos não era uma exclusividade dos médicos nazistas como se acreditava. Um estudo realizado por Beecher (1996) em 100 pesquisas envolvendo seres humanos publicadas no decorrer do ano de 1964 num renomado periódico científico demonstrou que um quarto dessas pesquisas revelava maus-tratos ou violações éticas, sejam relacionadas aos pacientes ou a própria conduta dos protocolos de pesquisa. Outro dado importante encontrado por Beecher foi que dos 50 artigos compilados originalmente para o estudo, somente dois contemplavam o termo de consentimentos dos sujeitos como parte do protocolo de pesquisa. Dessa forma, ele propôs que experimentações com seres humanos deveriam respeitar a necessidade de obtenção desse termo e o compromisso do pesquisador de agir com responsabilidade (BEECHER, 1996).

Além desses fatos envolvendo pesquisas que mostravam os excessos dos pesquisadores, outro fato contribuiu muito para as discussões no campo da bioética considerando a linha tênue entre vida e morte. Em 1967, o cirurgião cardíaco Christian Barnard fez um transplante de coração de uma pessoa “quase” morta para outra que se encontrava em estado terminal devido a uma doença cardíaca. O fato aconteceu na África do Sul, mas a proporção do caso se revelou ao mundo inteiro. Médicos de todos os cantos desse planeta se questionavam como Barnard

poderia garantir que o doador estava realmente morto no momento da captação do órgão (DINIZ; GUILHEM, 2002).

A partir desse fato que intrigou a comunidade médica, a Escola de Medicina da Universidade de Harvard em 1968 procurou definir os critérios para o diagnóstico de ME, com objetivo de controlar casos como o que ocorreu na África do Sul. Após esses estudos desenvolvidos pela comunidade médica, em 1975 foram divulgadas as normas sobre a ME, apesar de não ter sido um modelo com unanimidade de aceitação entre os médicos, ele ficou sendo o modelo oficial de ME (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Portanto, esse caso do transplante na África do Sul foi determinante para impulsionar os estudos sobre a ME. Diniz e Guilhem (2002) mostram que esse caso fez surgir dúvidas do ponto de vista ético, jurídico, econômico e político sobre os avanços das pesquisas que envolviam experimentações com seres humanos. De acordo com Gracia (2006) as preocupações com questões éticas relativas à vida estão intimamente relacionadas ao domínio das técnicas de transplante de órgãos.

Esse surgimento dos transplantes modificou o conceito de morte, e a partir dele, foi preciso considerar a ME como término legal da vida. A partir de então, tornou-se necessário considerar os aspectos éticos-legais nos processos de transplantes de órgãos, tecidos e partes do corpo humano (ALMEIDA et al., 2003).

Assim, o processo de doação de órgãos é atravessado por diversas questões que envolvem a moral humana. Na doação “post mortem”, permanece o embate do que é morte e da responsabilidade pela determinação do que é o fim da vida por parte da equipe médica e de saúde envolvida. Da mesma maneira, na doação “inter vivos”, existem questões morais como até que ponto é permitido a uma pessoa saudável mutilar-se em detrimento de outra? (LIMA, 2012).

Portanto, conforme pode ser visto, desde o início dos processos de transplantes já havia conflitos que mais tarde contribuíram para o surgimento da bioética passando a ser também seu objeto de estudo.

De acordo com as bibliografias levantadas para esse estudo, muitos conflitos bioéticos enfrentados por enfermeiros e familiares estão relacionados à tomada de decisão para doação, ao significado de morte e ao cuidado do potencial doador (OLIVEIRA et al., 2018). Nessa mesma perspectiva, Moraes e Massarollo (2009) destacaram que o diagnóstico de ME, a manutenção do potencial doador em condições hemodinâmicas adequadas e os procedimentos para abordagem familiar estão entre as principais causas de conflitos bioéticos.

Lima (2012) destaca que o processo de doação de órgãos é permeado por questões que envolvem a moral humana. A autora ressalta que o significado do que é morrer é uma dessas questões que dão origem a muitos conflitos. Outra questão bastante enfatizada pela autora são as situações consideradas desumanas no processo de doação de órgãos. Entre elas, a autora destaca situações como:

(...) falta de estrutura no atendimento pré-hospitalar ao doador, falta de condições de cuidar do doador ou de agilizar o processo de doação exposição do doador na mídia, falta de conscientização por parte dos profissionais em manter a condição clínica do indivíduo em morte encefálica, para tornar-se um potencial doador, até a falta de padronização no trabalho (LIMA, 2012, p. 31-32).

Essa questão da falta de padronização no trabalho destacada pela autora é algo muito importante a ser considerado. Conforme será visto nas seções seguintes, há uma política nacional de doação de órgãos com legislações que regula todo o processo de doação, assim como, protocolos a serem seguidos sistematicamente. Contudo, assim como sinaliza a autora, existe uma falta de padronização nesse processo que ela caracterizou como desumano. Ela ainda acrescenta que diferentes atuações profissionais sem uma padronização comprometem o trabalho, além de comprometer também na seriedade e na confiança do processo.

Um estudo realizado por Lago et al. (2007) com o objetivo de avaliar a incidência de ME, condutas e protocolos adotados após confirmação da ME, no período de 2003 a 2005 por meio de revisões e análises retrospectivos, demonstrou essa falta de padronização no processo de doação de órgãos no Brasil. O estudo mostrou que apesar de existir lei que define os critérios para diagnóstico da ME, ela não é obedecida e como consequência, o indivíduo já morto (potencial doador) não recebe o suporte vital adequado.

Essa questão do diagnóstico de ME abarca muitos conflitos bioéticos como mostra outro estudo realizado por Meneses et al. (2010) em um hospital público do Distrito Federal com objetivo de

analisar as questões bioéticas imbricadas nesse diagnóstico. De acordo com eles, a implementação prática das legislações conquistadas, em especial no que diz respeito à segurança no diagnóstico de ME não são os suficiente para minimizar os dilemas éticos e morais que envolvem o processo, considerando que os médicos são os únicos com competência para fazer esse diagnóstico e estão sujeitos a responder processos administrativos e judiciais caso surjam dúvidas quanto a constatação da ocorrência de ME.

Sendo assim, durante os procedimentos realizados no processo de doação de órgãos, desde o diagnóstico de ME até a captação em si, de acordo com as pesquisas citadas, muitos conflitos bioéticos podem surgir. E a identificação desses conflitos pode contribuir para que o planejamento de ações futuras voltadas para doação de órgãos tenham uma abordagem mais ampla e menos suscetíveis a esses conflitos. Isso reafirma a necessidade dos profissionais de saúde envolvidos terem efetiva participação na construção das políticas públicas de doação de órgãos.

4.2 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E POLÍTICA NACIONAL DE TRANSPLANTES

A história dos transplantes no Brasil teve início na década de 60, quando foi realizado, em 1964 o primeiro transplante renal na cidade do Rio de Janeiro e, no ano de 1965, em São Paulo. Os programas de transplante dos demais órgãos, sofreram uma estagnada, voltando à atividade por volta de 1980 (COELHO; BONELLA, 2019).

O Brasil possui legislação sobre transplantes desde 1968 com o surgimento da Lei nº 5479/68, que dispunha sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, que posteriormente foi revogada pela Lei nº 8489/92 (BRASIL, 1992) que vetou vários artigos e incluíram outros como o inciso § 1º do Art. 10 que permitia a “doação de órgãos de pessoas vivas, maior e capaz para avós, netos, pais, filhos, irmãos, tios, sobrinhos, primos até segundo grau inclusive, cunhados e entre cônjuges” (BRASIL, 1968, p. 2).

Em 04 de fevereiro de 1997, foi promulgada a Lei nº 9.434, que revogou a anterior, inclusive alterando o inciso mencionado estendendo a doação de órgãos “por pessoa maior e capaz para parentes de até quarto grau ou qualquer outra pessoa mediante autorização judicial, exceto no

caso de doação de medula óssea, entre outras alterações nos artigos e seus incisos (BRASIL, 1997, p.01)”.

Por sua vez, essa Lei nº 9.434/97, foi alterada por meio da Lei nº 10.211/01, que revogou e alterou dispositivos de Medidas Provisórias anteriores, deixando de haver presunção de consentimento, fazendo com que a Carteira de Identidade e Carteira Nacional de Habilitação (CNH) deixassem de ter valor na decisão sobre a doação, e quem autoriza a doação segundo a Lei, é a família. A lei previa, em seu artigo 4º, o princípio de doação presumida:

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, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte (BRASIL, 2001, p.3).

A Lei nº 9.434/1997 foi responsável pela modificação do tipo de doação vigente no Brasil, que passou de doação consentida à presumida, ou seja, todos eram doadores a não ser que expressassem vontade contrária em documento de identificação (Registro Geral-RG ou CNH) (BRASIL, 1997). Essa medida causou certo desconforto na sociedade diminuindo significativamente o número de doações e, em 2001, a doação voltou a ser consentida, ou seja, agora a doação de órgãos só é realizada com o consentimento familiar por escrito de parentes de primeiro ou segundo graus, na linha reta e colateral, ou de cônjuge (BRASIL, 2001).

O Decreto nº 9.175/2017 reconhece expressamente a possibilidade de autorização da doação pelo companheiro, equiparando-o ao cônjuge, o que até então não era possível. Passa também a ser obrigatório, caso seja utilizada autorização de parente de segundo grau, no termo de autorização, as razões de impedimento dos familiares de primeiro grau. Tanto para o companheiro ou parente consanguíneo, de maior de idade e juridicamente capaz é obrigatório que a autorização esteja firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. O Decreto proíbe a doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano em casos de não identificação do potencial doador falecido (BRASIL, 2017a).

Não suprindo as exigências do Decreto nº 9.175/2017 “[...] o simples reconhecimento de familiares se nenhum dos documentos de identificação do falecido for encontrado, exceto nas hipóteses em que autoridade oficial que detenha fé pública certifique a identidade (BRASIL, 2017a, p. 6).

Além das legislações citadas, a Constituição Brasileira de 1988 já apresentou em seu capítulo II, no artigo 199 a legislação sobre transplantes para a federação e proibiu a comercialização de órgãos e tecidos, sendo autorizado apenas a remoção para fins de transplantes, pesquisa e tratamento (BRASIL, 1988).

Porém, o processo de doação e transplante de órgãos só foi regularizado de fato em 1997, quando ocorreu a regulamentação do diagnóstico de ME pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) por meio da Resolução nº 1.480/97, que hoje foi substituída pela Portaria nº 2.173/17 (BRASIL, 2017c) através das quais definiu como ME “[...] perda completa e irreversível das funções encefálicas, definida pela cessação das atividades corticais e de tronco encefálico, caracteriza a ME e, portanto, a morte da pessoa” (CFM, 2017, p.01). Portanto, fica estabelecida a obrigatoriedade da observância do Regulamento Técnico atual para o desenvolvimento de toda e qualquer atividade relacionada à utilização de células, tecidos, órgãos ou partes do corpo para fins de transplante em todo o território nacional.

Ainda no ano de 1997, a Lei nº 9.434 que conforme mencionado anteriormente, dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano com finalidade de transplante, tanto em vida como *post-mortem*, foi regulamentada pelo Decreto nº 9.175/2017 a fim de formalizar a disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, normatizando, então, o setor de transplantes e organizando o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), que, vinculado ao Ministério da Saúde (MS), é responsável pelo “processo de captação e distribuição de órgãos, tecidos e partes retiradas do corpo humano para fins terapêuticos” (BRASIL, 2017a).

A fim de atualizar, padronizar e aperfeiçoar o funcionamento do SNT foi aprovado o seu regulamento técnico em 2009 pela Portaria nº 2.600 (BRASIL, 2009a). Em 2017 essa Portaria foi revogada, por meio da Portaria de Consolidação nº 4, cujo teor dispunha sobre a consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS. Nela, constam os itens de estrutura e funcionamento do SNT com detalhamento dos seus componentes, conforme demonstrado na Figura 1. Segundo essa portaria, as funções de entidade central do SNT são exercidas pelo MS por meio da Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT). A CGSNT, por sua vez, é assistida pelos Grupos de Assessoramento Estratégico (GAE), que têm a função de elaborar diretrizes, propor melhorias na legislação dos transplantes,

identificar indicadores de qualidade para as atividades de doação e transplante e emitir pareceres quando solicitados pela CGSNT (BRASIL, 2017b).

O SNT é integrado pelo MS, pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal; pelas Secretarias de Saúde dos Municípios; pela Central Nacional de Transplantes (CNT); pelas 17 Centrais Estaduais de Transplantes (CET); pelas estruturas especializadas integrantes da rede de procura de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes; pelas estruturas especializadas no processamento para preservação *ex situ* de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes; pelos estabelecimentos de saúde transplantadores; pelas equipes especializadas; e pela rede de serviços auxiliares (BRASIL, 2017a).

A coordenação logística e a distribuição de órgãos e tecidos para transplantes são de responsabilidade da CET e realizadas em âmbito nacional pela CNT, e em âmbito estadual pelas Secretarias de Saúde dos Estados/Secretaria Estadual de Transplantes (BRASIL, 2017b).

As Organizações de Procura de Órgãos (OPO), que foram instituídas pela portaria n. 2.601 de 21 de outubro de 2009, fazem parte desse processo de coordenação, e sua criação depende das CET. Atuam de maneira regionalizada em parceria com as CIHDOTT, proporcionando educação permanente na área da doação de órgãos; auxílio aos hospitais para a identificação dos potenciais doadores; e auxílio no processo de diagnóstico de ME, bem como na conclusão do processo de doação e transplante (BRASIL, 2009b). As CIHDOTT são comissões que atuam com o propósito de melhorar a identificação e a manutenção de potenciais doadores; também têm caráter educativo; e se articulam com as OPO, que, por sua vez, se articulam com as CET durante todo o processo de doação e transplante (BRASIL, 2017b).

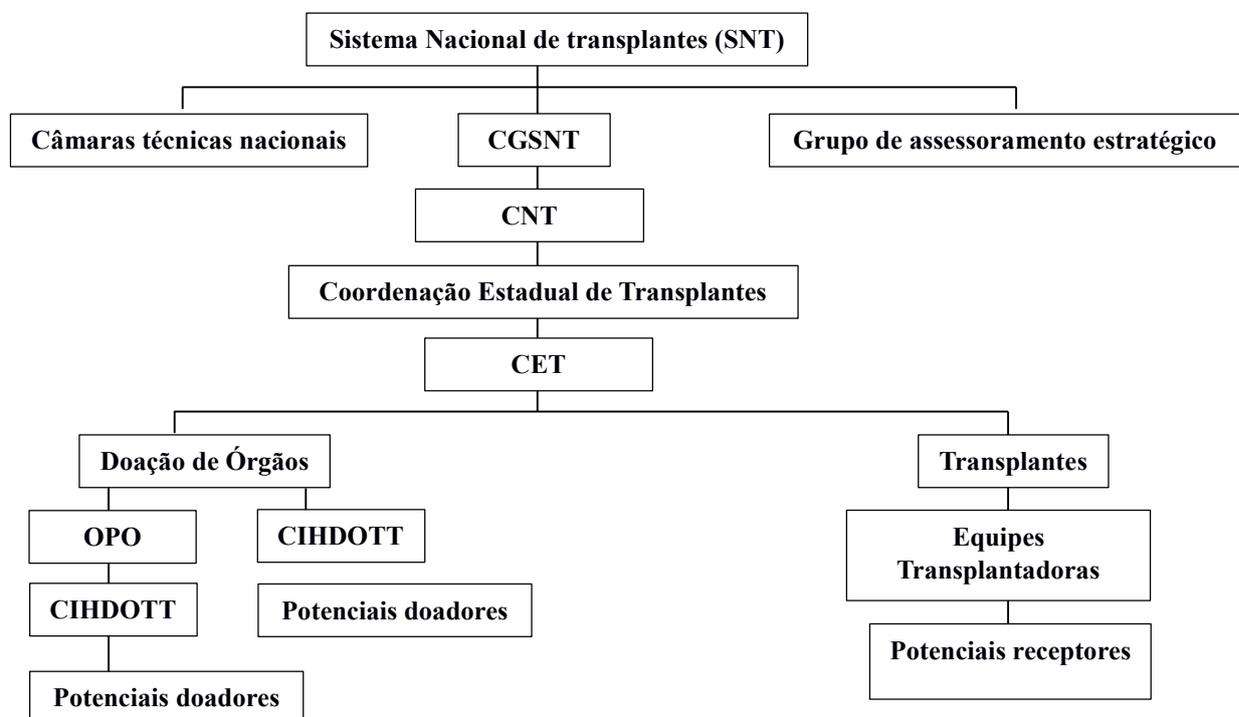
O SNT tem como objetivo demonstrar com transparência todas as suas ações de doação e transplante priorizando a confiabilidade do sistema e à assistência de qualidade prestada. Hoje, o Brasil possui um dos maiores programas público de transplantes de órgãos e tecidos do mundo (NEVES; DUARTE; MATTIA, 2008).

Quanto aos recursos financeiros, os repasses são realizados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, que realiza o pagamento direto aos estabelecimentos de saúde que atuam no processo de doação transplante no país (BRASIL, 2012).

Fundamenta a política nacional de transplantes de órgãos e tecidos, a Legislação Lei nº 9.434/1997 e a Lei nº 10.211/2001, que tem como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos estabelecendo, também, garantias e direitos aos pacientes que necessitam desses procedimentos e regula toda a rede assistencial mediante autorizações e reautorizações de funcionamento de equipes e instituições (NEVES; DUARTE; MATTIAS, 2008)

A obrigatoriedade de implantação de comissões para a doação de órgãos teve início em 2005, com a Portaria nº 1.752/2005, na qual ficou estabelecido que todos os hospitais com mais de 80 leitos seriam obrigados a instituir uma CIHDOTT. Essa comissão deveria ser composta por pelo menos três membros, e o coordenador necessariamente deveria ter participado de um pelo SNT ou pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) do Estado (BRASIL, 2005), esta última a partir de 2017 foi denominada de CET Central Estadual de Transplantes (BRASIL, 2017b).

Figura 01 - Estrutura e funcionamento do Sistema Nacional de Transplantes.



Fonte: BRASIL, 2017a, adaptado pela autora

CGSNT: Coordenadoria Geral do Sistema Nacional de Transplantes; CNT: Central Nacional de Transplantes; CET: Central Estadual de Transplantes e Distribuição de Órgãos; OPO: Organizações de Procura de Órgãos; CIHDOTT: Comissões Intra Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante

Retomando ao contexto nacional, após consulta pública e participação de vários segmentos da população (comunidade transplantadora, comunidade técnico-científica, sociedades médicas, profissionais de saúde, gestores e sociedade em geral) foi aprovada em 2009 a Portaria nº 2.600 de 21 de outubro (BRASIL, 2009a). Essa Portaria apresentava o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, e também diferenciou as CIHDOTT, de acordo com o perfil do hospital:

- CIHDOTT I: estabelecimento de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivismo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes de seu corpo clínico.

- CIHDOTT II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1.000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não oncológico, com 200 (duzentos) a 1.000 (mil) óbitos por ano.

- CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não oncológico com mais de 1.000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgãos.

A Portaria nº 2.601, de 21 de outubro de 2009, institui, no âmbito do SNT, o Plano Nacional de Implantação das OPOs. Assim, o Brasil atente parcialmente o que institui essa Portaria, visto que é composto por um sistema misto, pois alguns estados já adotaram o modelo OPO, mas outros desenvolvem o trabalho pautado nas CIHDOTTs. O estado do Espírito Santo, por exemplo, desempenha o trabalho de captação de órgãos através das CIHDOTTs (BRASIL, 2009b).

E em 2016, a Portaria nº 1.262 instituiu o Regulamento Técnico que estabelecia as atribuições, os deveres e os indicadores de eficiência e o potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às CIHDOTT (BRASIL, 2006). Abaixo, segue o quadro que sintetiza as políticas públicas do transplante para melhor entendimento.

Quadro 1 – Síntese das principais legislações do Processo de Doação, Captação e Transplantes de Órgãos para fins terapêuticos

Legislação	Sinopse
Lei nº 5.479/68	Retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica (Art 4: doação presumida)
Constituição Federal 1988	Proibição da comercialização de órgãos e tecidos
Lei nº 9.434/1997	Normatização do setor de Transplante e organização do Sistema Nacional de Transplantes
Lei nº 9.434/1997 Lei nº 10.211/2001	Gratuidade da doação; beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores; Garantias e direitos a pacientes que necessitam deste procedimento; Regulação de toda rede assistencial; Normatização do SNT.
Portarias nº 1.752/2005 e 1.262/2006	Implantação da CIHDOTT em todos os hospitais com mais de 80 leitos; Atribuições, deveres e indicadores de eficiência.
Portaria Estadual 043-R 01/06/2006	Notificação de Óbitos no Estado do Espírito Santo para que seja feita a entrevista familiar quanto à doação de córneas para transplante.
Portaria de Consolidação nº 4/2017 (revoga a Portaria nº 2.600/2009)	Regulamento Técnico do SNT – É obrigatória a observância do disposto no Regulamento Técnico ora aprovado para o desenvolvimento de toda e qualquer atividade relacionada à utilização de células, tecidos, órgãos ou partes do corpo para fins de transplante em todo o território nacional.
Portaria nº 2.601/2009	Plano Nacional de Implantação de Organização de Procura de Órgãos (OPOs).
Decreto nº 9.175/2017 (revoga o Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997)	Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.
Resolução CFM 2.173/17 (revoga a Resolução CFM 1.480/97)	Atualiza os critérios para definição da morte encefálica.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021

Conforme citado acima, o processo de doação de órgãos conta com todo um aparato legislativo que o ampara. Ao longo dos anos, diversas políticas públicas foram criadas para garantir tanto o direito do doador quanto de seus receptores. Por outro lado, enquanto legislações e políticas públicas procuram “dar conta” das especificidades legais da doação de órgãos no país, profissionais de saúde enfrentam conflitos que nem sempre encontram-se previstos em leis, protocolos ou código de ética. Isso porque os conflitos bioéticos envolvem o limite tênue entre

a vida e a morte. Dessa forma, de acordo com Araújo e Massarolo (2014), além de conhecer as teorias éticas que direcionam todo o processo de doação, é preciso fazer também uma análise reflexiva dos fatores bioéticos que envolvem o processo, a fim de oferecer para as equipes mais subsídios nas tomadas de decisões frente a esses conflitos.

4.3 PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES

O processo de doação de órgãos envolve diversos profissionais, principalmente os que atuam nas UTIs e setores de emergência, eles desempenham importante papel na identificação dos potenciais doadores de órgãos e tecidos, na abertura do protocolo de ME, na manutenção do potencial doador, na notificação aos órgãos responsáveis, na comunicação do diagnóstico aos familiares e na abordagem familiar quanto ao processo de doação (GOIS et al., 2017).

Veremos agora todo o processo de doação em seis (6) partes:

4.3.1 Terminologia do Processo de Doação

Em 2008 a OMS e a *The Transplantation Society* (TTS) se reuniram por meio de um grupo de especialistas e unificaram a nomenclatura para o processo doação-transplante e que em 2010 foi apresentada como recomendação da OMS (DOMÍNGUEZ et al., 2011). A terminologia era empregada de forma diferente, dificultando a comparação dos resultados entre os países e por isso a unificação foi necessária.

A nomenclatura recomendada pela OMS e TTS é a seguinte (DOMÍNGUEZ et al., 2011):

- **Possível doador:** paciente que apresenta lesão encefálica grave e necessita de ventilação mecânica.
- **Potencial doador:** quando a condição clínica é suspeita de preencher os critérios de morte encefálica, ou seja, um paciente é considerado potencial doador a partir do momento que se abre o protocolo de ME.
- **Elegível para a doação:** quando se confirma o diagnóstico de ME e não há contraindicação, conhecida previamente, para doação.
- **Doador efetivo:** quando inicia a operação para remoção dos órgãos.

- **Doador com órgãos transplantados:** quando pelo menos um dos órgãos removidos é transplantado.

4.3.2 Conceitos e Causas da Morte Encefálica

O critério de ME foi introduzido no Brasil em 1968 após a realização do primeiro transplante de órgão cadavérico baseado apenas em critérios eletroencefalográficos (GLEZER, 2004). De acordo com o pontado no capítulo de Bioética deste estudo, após o cirurgião cardíaco Christian Barnard fazer um transplante de coração de uma pessoa “quase” morta para outra que se encontrava em estado terminal devido a uma doença cardíaca na África do Sul em 1967, a Escola de Medicina da Universidade de Harvard em 1968 procurou definir os critérios para o diagnóstico de ME, com objetivo de controlar casos como o que ocorreu na África do Sul. No Brasil (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Já no Brasil, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo (HCFMUSP) foi o pioneiro na América Latina a realizar o transplante cardíaco, poucos meses após o primeiro transplante feito por Christian Barnard na África do Sul (ANDRADE et al., 2007). Em 1983 o HCFMUSP estabeleceu seu próprio critério de ME (GLEZER, 2004). Nesta direção, em 1987 foi aprovado o primeiro protocolo estadual de ME pelo Conselho Regional de Medicina do estado do Rio Grande do Sul (MENESES et al., 2010).

Continuando com o intuito de instituir os critérios da ME, em 1991 o CFM protocolou alguns princípios a serem adotados para o diagnóstico da ME em todos os hospitais brasileiros por meio da Resolução 1346/91 (CFM, 1991). Mais tarde, em 1997, por meio da Resolução do CFM n. 1.480/97 o diagnóstico de ME foi definido com base em critérios clínicos e tecnológicos obrigatórios a serem seguidos em território nacional (CFM, 1997).

Segundo a Resolução do CFM nº. 2.173, de 23 de novembro de 2017, a ME é conceituada como a interrupção completa e irreversível de todas as funções cerebrais, mesmo na presença de atividade cardíaca ou reflexos primitivos (CFM, 2017).

A ME representa o estado clínico irreversível, sobre os quais as funções cerebrais (telencéfalo e diencéfalo) e do tronco encefálico estão irreparavelmente comprometidas (MORATO, 2009). De acordo com o CFM os procedimentos para determinação da ME deverão ser realizados em

todos os pacientes em coma não perceptivo e apneia, independentemente da condição de doador ou não de órgãos (CFM, 2017).

Ainda conceituando a ME, Souza, Lira e Mola (2015), consideram este tipo de morte como um processo complexo que resulta em alterações fisiológicas de todos os sistemas orgânicos, incluindo alterações bioquímicas e celulares que conduzem à disfunção múltipla de órgãos. Essas alterações, influenciam na viabilidade dos órgãos, tanto iniciais, quanto tardias, pois comprometem a perfusão e aumentam a lesão isquêmica. Sendo assim, faz-se necessário o conhecimento adequado, por parte dos profissionais, para prestar uma assistência efetiva a esses pacientes.

A ME resulta em uma série de distúrbios autonômicos, metabólicos e hemodinâmicos responsáveis pela deterioração da estabilidade cardiocirculatória e da perfusão tissular que resultam na parada cardíaca. Após o aparecimento da ME, a função cardiocirculatória pode ser mantida por meio de medidas de suporte como ventilação mecânica, drogas vasoativas e aquecimento artificial por tempos variáveis (MARTINS; SARDINHA, 2014).

Um estudo realizado por Moraes et al. (2014) evidenciou como principal causa o Acidente Vascular Encefálico (AVE) seguindo pelo Trauma Cranioencefálico, Tumor de Sistema Nervoso Central e a Encefalopatia Anóxica. Nessa mesma direção, Cioatto e Pinheiro (2017) pontuaram também o traumatismo crânio encefálico e o acidente vascular encefálico como principais causa de evolução do paciente para ME.

Ainda pensando sobre as principais causas de ME, dados estatísticos da ABTO de 2019, também apontou, que nos meses de janeiro a dezembro de 2019, entre as principais causas de ocorrência de ME no Brasil, estão o AVE com 2.070 (30%), o Trauma Cranioencefálico com 1.143 (55%) como as principais causas de ME no Brasil, as demais causas somam-se um total de 552 (15%).

Conforme apresentado nos estudos acima, o trauma craniano, historicamente apresenta-se como a principal causa de ME no Brasil. Essa realidade também foi encontrada no hospital onde se efetivou essa pesquisa. A partir de uma pesquisa documental, constatou-se que 90% dos pacientes com diagnóstico de ME no período de 2018 e 2020 tiveram como causa o trauma

crânio encefálico. É importante mencionar que a referida instituição é referência em trauma na região sul do Estado do Espírito Santo.

4.3.3 Rastreamento e Diagnóstico de Morte Encefálica

Delineando sobre o rastreamento da ME, estudo mostra que antes da evolução para ME, muitos pacientes apresentam-se na condição de “morte encefálica iminente” e podem evoluir para o *status* de possível doador de órgãos (GROOT et al., 2010). Para tanto, essas condições devem ser claramente definidas e reconhecidas pelos profissionais que atende aos pacientes graves, sendo importante destacar que pacientes nessas condições não estão em morte encefálica e, portanto, devem ter todos os cuidados intensivos mantidos e garantidos até que se confirme quadro de irreversibilidade (WESTPHAL et al., 2016).

Desta forma, a sistematização da busca de indivíduos em ME, também conhecida como busca ativa é fundamental para corrigir falhas de identificação. A busca ativa deve ser realizada por meio de visita diária e com periodicidade mínima, de duas vezes por dia, sendo realizada pelos coordenadores de transplantes e/ou profissionais responsáveis pelas unidades onde se encontrem pacientes críticos, em todos os setores que possuam ventilador mecânico. Esta deve estar dirigida à identificação de pacientes em ME e de possíveis doadores com lesão catastrófica irreversível, escala de coma de Glasgow 3 e ausência de 1 ou mais reflexos de tronco e estes por sua vez deverão ser notificados à CIHDOTT, à OPO ou à CET do seu Estado (DOMÍNGUEZ et al., 2011; WESTPHAL et al., 2016).

No Brasil, em 1997 (BRASIL, 1997) a lei 9.434, de 4 de fevereiro, determinou que compete ao CFM estabelecer os critérios de ME que, por meio da resolução 1.480/97, (BRASIL, 1997; CFM, 1997) definiu que a ME seria considerada nas condições de quadro neurológico de causa conhecida e consistiria em processo irreversível. Para tanto, instituiu a realização de dois exames clínicos, realizados por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, e um exame complementar. O exame clínico obedecia intervalo de seis horas entre um exame clínico e outro para a faixa etária igual ou a partir de 24 meses.

Com o novo decreto 9.175, de 18 de outubro de 2017, foi reforçada a incumbência do CFM para determinação dos critérios de ME (BRASIL, 2017a). A partir de então, a resolução 2.173 do CFM, de 23 de novembro de 2017, definiu a ME como a perda completa e irreversível das

funções encefálicas, definidas pela cessação das atividades corticais e do tronco encefálico (CFM, 2017). A resolução destaca em seu art. 1º destaca os procedimentos que determinam a ME devem ser realizados em todos os pacientes que apresentam coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinhal e apneia persistente, e que atendam a todos os seguintes pré-requisitos:

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

Esse mesmo decreto, prevê que os familiares que estiverem em companhia do paciente ou que tenham oferecido meios de contato serão obrigatoriamente informados de início do procedimento para diagnóstico da ME. Aponta ainda que a idade mínima para a realização do diagnóstico e para a caracterização de doador de órgãos é de 7 dias de vida após nascimento.

Estudos destacam os pré requisitos para a abertura do protocolo de ME, no entanto, as causas reversíveis do coma aperceptivo devem ser excluídas, sendo assim, o primeiro passo consiste em determinar objetivamente a etiologia do coma, por meio de história clínica, exame físico, neuroimagem e exames laboratoriais. Quando definida a etiologia do coma, deve-se buscar ativamente excluir seis causas frequentemente citadas na literatura como potenciais ocultadoras de ME: (1) uso de drogas depressoras do SNC; (2) intoxicação exógena grave; (3) distúrbios metabólicos graves; (4) hipotermia grave; (5) hipotensão grave; e (6) drogas ou doenças causadoras de paralisia motora (WESTPHAL, et al., 2016).

A resolução define que, para ser realizado o diagnóstico de ME, são necessários testes clínicos e exame complementar de acordo com a faixa etária, portanto, para paciente com idade igual ou maior que 24 meses é conforme apresentado a seguir (MARTINS; SARDINHA, 2014; CFM, 2017):

- Dois exames clínicos, com intervalo de uma (1) hora entre um exame e outro, que confirmem coma não perceptivo e ausência de função do tronco encefálico;
- Um teste de apneia, que confirme ausência de movimentos respiratórios após estimulação máxima dos centros respiratórios, deverá ser realizado uma única vez por um dos médicos responsáveis pelo exame clínico;

- Um exame complementar que comprove ausência de atividade encefálica, podendo ser realizado antes ou depois de qualquer teste clínico.

Conforme já mencionado no início dessa seção, são realizados dois exames clínicos, cada um deles por um médico diferente, especificamente capacitado a realizar esses procedimentos para a determinação de ME (Tabela 1). O CFM considera especificamente capacitados médicos com no mínimo um ano de experiência no atendimento de pacientes em coma e que tenham acompanhado ou realizado pelo menos dez determinações de ME ou curso de capacitação para determinação em ME. Entretanto um dos médicos, especificamente capacitados deverá ser especialista em uma das seguintes especialidades: medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, neurologia, neurologia pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência. Na indisponibilidade de qualquer um dos especialistas anteriores citados, o procedimento deverá ser concluído por outro médico (CFM, 2017).

Todos eles exigem a realização dos testes de ausência de reflexos do tronco encefálico - reflexo pupilar à luz, reflexo oculocefálico (olhos de boneca), reflexo oculovestibular (vestíbulo-calórico), reflexo corneano, reflexo faríngeo, reflexo traqueal (tosse) e respostas motoras a estímulos nocivos (WIJDICKS et al., 2010; MARTINS; SARDINHA, 2014; CFM, 2017). A resolução do CFM, 2017 autoriza a realização do exame clínico em casos de lesão anatômica congênita ou adquirida unilateral de olhos ou ouvidos. Contudo, a lesão bilateral de olho e de ouvido, ou a lesão de coluna cervical suspeita ou confirmada impedem a determinação da ME.

O teste de apneia deverá ser realizado uma única vez, após o cumprimento dos pré-requisitos, conforme descrito no passo a passo na Tabela 2. De acordo com a redação original da resolução do CFM nº 2.173/2017 era obrigatória a obtenção de pressão parcial de oxigênio arterial (PaO₂) \geq 200mmHg e pressão parcial de dióxido de carbono (PaCO₂) entre 35 e 45mmHg antes da interrupção da ventilação mecânica. Todavia, retificação publicada em 23 de novembro de 2018 definiu que estes valores gasométricos devem ser alcançados idealmente, mas não obrigatoriamente (CFM, 2017):

- Nos casos em que a incapacidade de oxigenação impeça a desconexão do ventilador mecânico, é facultada a aplicação de pressão contínua nas vias aéreas (CPAP).
- O teste de apneia é positivo para ME quando há ausência de excursões respiratórias mediante estimulação máxima do centro respiratório com PaCO₂ > 55mmHg.

- A fim de garantir segurança ao procedimento, o teste deve ser interrompido imediatamente caso haja instabilidade clínica grave (hipotensão grave, hipoxemia grave e arritmia cardíaca) ou incursões respiratórias espontâneas.

Os exames complementares que comprovam a ME e que são mais confiáveis e aceitos para a este tipo de diagnóstico, são os que demonstram a total ausência de perfusão sanguínea cerebral, como a arteriografia cerebral, o eletroencefalograma, a cintilografia cerebral e o doppler transcraniano. E a interpretação dos resultados deve ser efetuada apenas por profissional experiente nessa situação (WESTPHAL et al., 2011; HIRSCHHEIMER, 2016; CFM, 2017).

Quanto a diminuição do intervalo de tempo entre o primeiro e o segundo exame clínico para determinação da ME, pode se dizer que este vai de encontro as práticas definidas em diferentes diretrizes internacionais, como é o caso do Canadá, dois médicos são responsáveis pela realização de um exame clínico (CFM, 2017), na Austrália e na Nova Zelândia (ANZICS, 2013) são realizados dois exames clínicos por dois médicos, mas sem intervalo de tempo pré-determinado, enquanto nos Estados Unidos é realizado um exame por um médico (WIJDICKS et al., 2010).

Tabela 1 - Procedimentos obrigatórios para determinação da ME

A. Comunicação da suspeita da ME aos familiares		
- Familiares devem ser esclarecidos sobre a suspeita da morte e das etapas de sua determinação		
- Atualizar as informações aos familiares a cada etapa do processo de determinação da ME		
B. Notificação da ME		
- Notificar à Central Estadual de Transplantes que a determinação da ME foi iniciada		
C. Pré-requisitos a serem obtidos no início e durante o procedimento de determinação de ME		
- Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a ME		
- Ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de ME (por exemplo: sedativos)		
- Tratamento e observação em hospital por período mínimo de 6 horas. Este período de observação e tratamento deve ser, no mínimo, de 24 horas em casos de encefalopatia hipóxico-isquêmica ou após reaquecimento de hipotermia terapêutica		
- Temperatura corporal > 35°C, SatO ₂ > 94% e pressão arterial conforme faixa etária:		
Faixa etária	PAS (mmHg)	PAM (mmHg)
≥ 16 anos	100	65
7 - 16 anos incompletos	90	65
2 - 7 anos incompletos	85	62
5 - 2 anos incompletos	80	60
Até 5 meses incompletos	60	43
D. Dois exames clínicos que constatem sinais compatíveis com ME		
- Coma profundo não perceptivo		

-
- Ausência de reflexos de tronco
fotomotor
córneo-palpebral
óculo-cefálico
vestíbulo-ocular
de tosse
-

Idade	Intervalo de tempo mínimo entre os dois testes
7 dias completos (recém-nascido a termo) até 2 meses	24 horas
2 - 24 meses incompletos	12 horas
Maiores de 2 anos de idade	1 hora

E. Teste de apneia

- Ausência de movimentos respiratórios após a interrupção de ventilação, mediante a estimulação máxima do centro respiratório com documentação de uma PaCO₂ > 55mmHg
-

F. Exames complementares

- Eletroencefalograma
 - Arteriografia cerebral
 - Doppler transcraniano
 - Cintilografia cerebral
-

G. Conduta pós-determinação da morte encefálica

- Notificação obrigatória da ME à Central Estadual de Transplantes
 - Preenchimento da DO. Se causa externa, a DO é atribuição do médico legista
 - Comunicar a morte aos familiares assim que estiver determinada
 - Qualquer menção sobre doação de órgãos deve ocorrer somente após a comunicação da morte
 - Retirar o suporte vital nos casos em que a doação de órgãos não for viável
-

Fonte: WESTPHAL; VEIGA; FRANKE, 2019

ME - morte encefálica; SatO₂ - saturação arterial de oxigênio; PAS - pressão arterial sistólica; PAM - pressão arterial média; PaCO₂-pressão parcial de dióxido de carbono; DO – declaração de óbito.

Após o diagnóstico confirmado, os médicos são responsáveis por realizar o Termo de Declaração de Morte Encefálica (CFM, 2017).

Tabela 02 – Procedimentos para realização segura do teste de apneia

A. Preparação do teste de apneia

- Monitorizar e estabilizar o paciente
 - Temperatura corporal > 35°C, SatO₂ > 94% e pressão arterial conforme faixa etária
 - Ausência de fatores tratáveis que possam interferir nos movimentos respiratórios (por exemplo: sedativos)
 - Pré-oxigenar com FiO₂ a 100% durante 10 minutos
 - Gasometria inicial obtendo-se, idealmente, PaO₂ ≥ 200mmHg e PaCO₂ entre 35 e 45mmHg
-

B. Interrupção da ventilação mecânica com suplementação de oxigênio

B1. Método convencional

- Cateter intratraqueal à altura da carina com fluxo de oxigênio a 6L/minuto
- Tubo T conectado ao tubo orotraqueal com fluxo de oxigênio a 12L/minuto

B2. Aplicação de CPAP

- Válvula de CPAP ajustada em 10cmH₂O + fluxo de oxigênio a 12L/minuto
 - Ventilador específico para ventilação não invasiva. CPAP em 10cmH₂O + fluxo de oxigênio a 12L/minuto
 - Ventilador mecânico em uso, ajustando CPAP em 10cmH₂O + FiO₂ de 100%
-

C. Constatação da apneia

- Ausência de movimentos respiratórios espontâneos após estimulação máxima do centro respiratório
 - 8 - 10 minutos são geralmente suficientes para obtenção de PaCO₂ > 55mmHg
-

- Obter gasometria arterial final

D. Interrupção do teste

- Interromper o teste se houver arritmia, SpO₂ < 85% ou abaixo dos limites de cada faixa etária
 - Coletar sangue para gasometria no momento da interrupção, mesmo com tempo de observação menor
-

E. Interpretação

- Teste positivo: ausência de movimentos respiratórios e PaCO₂ > 55mmHg
 - Teste inconclusivo: ausência de movimentos respiratórios e PaCO₂ ≤ 55mmHg
 - Teste negativo: detecção de movimentos respiratórios após a interrupção da ventilação
-

Fonte: WESTPHAL; VEIGA; FRANKE, 2019

SpO₂- saturação arterial de oxigênio; FiO₂ - fração inspirada de oxigênio; PaO₂ - pressão arterial de oxigênio; PaCO₂ - pressão parcial de dióxido de carbono; CPAP - pressão contínua nas vias aéreas.

É notório como o diagnóstico de ME é extenso e detalhado e por vezes pode levar a conflitos multidisciplinares durante a investigação. Araújo e Massarollo (2014), em um estudo realizado em hospital de grande porte na cidade de São Paulo, evidenciaram que entre as dificuldades relatadas pela equipe multiprofissional que confirmam conflitos bioéticos durante o processo de doação, estão relacionadas ao diagnóstico de ME. Os enfermeiros relataram falta de conhecimento da equipe médica na realização do protocolo de ME, o que gera insegurança na equipe. Outro aspecto conflitante pontuado é a falta de comprometimento dos profissionais, levando ao descaso e a uma assistência não adequada ao paciente em ME.

4.3.4 Avaliação do potencial doador de órgãos

A qualidade dos órgãos que serão doados é refletida de forma significativa na identificação e manutenção precoce do possível doador. Pacientes com diagnóstico neurológico grave irreversível, apresentando pupilas fixas e bilaterais, com Escala de Coma Glasgow igual a 3, são considerados suspeitos de diagnóstico de ME e logo deverá ser aberto o protocolo de investigação de morte (WESTPHAL et al., 2016).

A qualidade dos órgãos para transplantes é influenciada diretamente através das condições clínicas e laboratoriais do potencial doador, portanto é de extrema importância garantir a qualidade dos órgãos para maior segurança dos receptores, pois o objetivo do transplante, enquanto terapia substitutiva é melhorar a qualidade de vida do receptor. Por isso, danos decorrentes dessa intervenção são inaceitáveis (GUETTI; MARQUES, 2008).

Após a autorização familiar para a doação de órgãos, é importante que o enfermeiro da CIHDOTT ou da OPO, realize exame físico minucioso e colete exames específicos para verificar a viabilidade dos órgãos, assim como excluir riscos de transmissão de doenças neoplásicas ou infecciosas aos receptores (DELMONICO, 2000).

A avaliação compreende a história clínica que é realizada através da análise do prontuário e entrevista familiar, o exame físico e medidas antropométricas e por fim os exames complementares (MOURA; SILVA, 2014).

De acordo com as Diretrizes Básicas Para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da ABTO de 2009, a história clínica avalia antecedentes de doenças neoplásicas e infecciosas, hábitos sociais (alimentação, uso de álcool, tabaco e/ou substâncias ilícitas), comportamento sexual, internações e permanências institucionais (detenção/hospitais psiquiátricos).

O exame físico e medidas antropométricas como a verificação de peso, altura e circunferência torácica na linha mamilar, avaliam condições clínicas que possam contraindicar a doação e/ou auxiliar na solicitação de exames laboratoriais que permitam excluir dúvidas sobre o doador elegível, além de avaliar a compatibilidade das dimensões dos órgãos a serem doados com o biotipo do receptor. As variáveis a serem exploradas no exame físico dos potenciais doadores são cicatrizes/sinais de punções por uso de drogas ilícitas, lesões traumáticas, tatuagens, piercings, massas/linfonodomegalias, neoplasias cutâneas ou cicatrizes de intervenções cirúrgicas antigas (PEREIRA, 2009; MOURA; SILVA, 2014).

Para Westphal et al. (2016), com os exames complementares, conforme apresentado no Quadro 02, é possível monitorar parâmetros clínicos durante a manutenção, identificar disfunções orgânicas, avaliar a existência de doenças transmissíveis e orientar a priorização de possíveis receptores em lista conforme o tipo sanguíneo.

Ainda de acordo com as Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da ABTO (2009) os critérios de aceitação dos doadores de órgãos têm sido cada vez mais ampliados devido a sua escassez, sendo aceitos doadores considerados como “limítrofes” (PEREIRA, 2009).

Quadro 2 - Exames a serem solicitados para avaliação do potencial doador

Avaliar	Exame
Tipagem sanguínea	Grupo ABO
Sorologias	Anti-HIV, HTLV 1 e 2, HBsAG, anti-HBc, anti-HBs, anti-HCV, CMV*, doença de Chagas, toxoplasmose* e VDRL
Hematologia	Hemograma e plaquetas
Eletrólitos	Sódio, potássio, magnésio e fósforo
Doador de pulmão	Gasometria arterial, radiografia de tórax
Doador de coração	Troponina, CK-MB, eletrocardiograma, ecocardiografia e cateterismo cardíaco**
Doador de rim	Ureia, creatinina e urinálise
Doador de fígado	TGO, TGP, gama GT e bilirrubinas
Doador de pâncreas	Amilase e glicemia
Infecções	Duas hemoculturas e culturas de materiais de topografias em que há suspeita de infecção
Gravidez	β -HCG em doadores do sexo feminino em idade fértil

Fonte: WESTPHAL; VEIGA; FRANKE, 2019

HTLV - vírus T-linfotrófico humano; HBsAG - antígeno de superfície do vírus da hepatite B; anti-HBc - anticorpo *core* da hepatite B; Anti-HBs - anticorpos contra antígeno de superfície da hepatite B; Anti-HCV - anticorpos contra o vírus da hepatite C; CMV - citomegalovírus; VDRL - *Venereal Disease Research Laboratory*; CK-MB - isoenzima MB da creatina quinase; TGO - transaminase glutâmico-oxalacética; TGP - transaminase glutâmico-pirúvica; gama GT - gamaglutamiltransferase; β -HCG - betagonadotrofina humana. * Resultado pode ser obtido após a realização do transplante. ** Para pacientes maiores de 45 anos.

Atualmente, são poucas as contraindicações absolutas que excluem os potenciais doadores de órgãos. A saber, ela contraindica:

- tumores malignos, com exceção dos carcinomas basocelulares da pele, carcinoma *in situ* do colo uterino e tumores primitivos do sistema nervoso central;
- sorologia positiva para HIV ou para HTLV I e II;
- sepse ativa e não controlada;
- tuberculose em atividade.

Além dessas diretrizes, a hemodiluição deve ser considerada (amostra de sangue hemodiluída por uso de soluções cristaloides e/ou coloides) para a realização dos exames sorológicos. Quando o possível doador estiver nessa condição, ou seja, “hemodiluído”, ele não deverá ser admitido como doador de órgãos. Portanto, essa situação deve ser avaliada de acordo com o cálculo de hemodiluição (MARTINS; SARDINHA, 2014).

4.3.5 Manutenção do potencial doador de órgãos e a enfermagem

O processo de ME perpassa com diversas alterações fisiopatológicas decorrentes da inativação de centros de controle pressórico, hormonal e respiratório e por isso, são indispensáveis a identificação e a intervenção precoces dessas alterações, para que a perfusão dos órgãos vitais esteja preservada enquanto não se conclui o protocolo de verificação de ME, e também, depois de constatado o óbito, para a preservação dos órgãos destinados ao transplante, quando deve ocorrer a autorização da doação pela família do falecido (WESTPHAL, 2011).

Para Silva (2016) o enfermeiro é um profissional indispensável da equipe, ao se tratar dos cuidados intensivos para a manutenção do potencial doador, pois, sua atuação na assistência dispensada ao potencial doador de múltiplos órgãos, conforme a literatura inclui o conhecimento das alterações fisiopatológicas na ME para fundamentar quais os cuidados serão necessários. Mas para isso é necessário que tenha conhecimento científico e técnico a respeito de todo o processo de ME, pois a viabilidade dos órgãos ou tecidos a serem doados depende diretamente de sua adequada conservação (COSTA; COSTA; AGUIAR, 2016).

Segundo Costa, Costa e Aguiar (2016), os cuidados iniciais de enfermagem envolvem avaliação das prescrições medicamentosas relativas ao quadro neurológico; mudança de decúbito, evitando lesão por pressão; elevação da cabeceira a 30 graus e aspiração, a fim de fluidificar secreções pulmonares e evitar a aspiração de secreção para as vias aéreas inferiores; avaliação periódica dos acessos, como cateteres; mensuração dos sinais vitais em período de 24 horas e uso de bomba de infusão quando administrada drogas vasoativas, conforme prescrição médica. Cabe ainda prestar cuidados às córneas, sempre as umedecendo; efetuar higienização corporal, a fim de evitar infecções; observar e anotar os valores glicêmicos e de coagulação sanguínea.

Em consonância com as Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da ABTO (2009), a equipe de enfermagem também é responsável pelos cuidados da manutenção do potencial doador referentes à manutenção da temperatura corporal, monitorização hemodinâmica e controle hidroeletrólítico. O controle da temperatura corporal é um cuidado fundamental para manutenção do potencial doador, sendo função exclusiva da enfermagem o aquecimento com cobertores, manta térmica, ou com focos de luz direcionados para o tórax ou abdome e utilizando soluções aquecidas à temperatura de 37° a 38° C evitando

a ocorrência da hipotermia, que pode gerar alterações cardíacas, diminuição do transporte de oxigênio entre outras alterações.

Freire (2012) salienta que é de inteira responsabilidade da equipe de enfermagem realizar o controle de todos os dados hemodinâmicos do potencial doador, bem como as repercussões hemodinâmicas, oriundas da reposição volêmica e administração de drogas vasoativas. A equipe de enfermagem também deverá realizar um controle hídrico rigoroso e eficiente, visto que é baseada neste, que atitudes terapêuticas serão tomadas. Além disso, as drogas vasoativas deverão ser rigorosamente controladas, de acordo com a resposta hemodinâmica deste paciente. E no que tange ao uso de drogas vasoativas, é prudente atentar-se para que seu gotejamento seja rigorosamente controlado e a pressão arterial monitorizada, de maneira invasiva ou não, tendo um membro da equipe de enfermagem para seu controle intensivo.

A fragilidade do processo relativa a manutenção inadequada do potencial doador, leva o paciente a parada cardiorrespiratória ou ao insucesso no transplante (GOIS, 2017). Mediante tamanha responsabilidade da equipe no sucesso/insucesso do transplante, cabe mencionar um conflito bioético vivenciado pela autora dessa dissertação no aspecto das fragilidades nessa manutenção do potencial doador. Durante a atuação como enfermeira e, posteriormente, como coordenadora da CIHDOTT em um hospital do Sul do Estado do Espírito Santo, por diversas vezes, a forma como era realizada a manutenção do potencial doador provocava inquietações e insegurança. Isso porque para realizar grande parte da manutenção é necessário a avaliação e prescrição médica e por vezes o profissional médico se ausentava dessas incumbências justificando a necessidade de também atender os demais pacientes da UTI com outras condições de gravidade e prognósticos. Nesse aspecto, a “escolha” entre atender um ou outro paciente, mesmo que numa condição eminente de ME, gerava angústia e por vezes frustração por ver o potencial doador vulnerável a uma potencial doador que poderia comprometer o processo de transplante.

4.3.6 Entrevista familiar para doação de órgãos

A entrevista familiar é considerada para Freire (2014) como sendo um momento crucial de todo processo de doação/transplante, pois ocorre a transição do potencial doador em doador efetivo. Estudos afirmam que a entrevista deve ser realizada por um profissional preparado, o qual

possua conhecimento da condição clínica do potencial doador, do diagnóstico de ME, do processo de doação e transplante como um todo, além de condições de oferecer apoio aos familiares do potencial doador (SANTOS; MASSAROLLO; MORAES, 2012; FREIRE, 2014).

A abordagem familiar ocorre após o médico responsável pelo paciente comunicar a família sobre a confirmação da ME com o objetivo de esclarecer o que é a ME e oferecer a possibilidade da doação dos órgãos, uma situação complicada, conflituosa e geradora de grande estresse aos familiares, visto que, nesse momento de profunda dor pela perda do familiar, eles precisarão se posicionar quanto à doação, sendo dever do profissional esclarecer as dúvidas e oferecer apoio emocional e psicológico a esses familiares. Torna-se um momento primordial para o processo de doação de órgãos e tecidos, visto que o consentimento familiar, nesse caso, é exigido legalmente, portanto, se os familiares aceitarem a doação, segue-se com a captação dos órgãos e, se não houver o consentimento, encerra-se o processo de doação (FUENZALIDA; COHENS, 2018).

Para Santos, Massarollo e Moraes (2012) embora a entrevista familiar seja apontada como determinante no processo de doação de órgãos e tecidos, é importante ressaltar que essa etapa do processo é tão relevante quanto às demais, não existindo uma mais importante que a outra. Sendo assim, não adianta adquirir o consentimento para doação e, mais tarde, o potencial doador evoluir para parada cardíaca em consequência da má manutenção clínica e impedir o processo da mesma forma que uma recusa o faria.

Outro estudo realizado por Santos e Massarollo (2011), revelou que o ambiente inadequado, a não formação específica e a má assistência formam uma tríade reforçada por outros estudos, que citam o local da entrevista, a assistência prestada ao potencial doador e aos familiares e a necessidade de capacitação profissional para conhecer, identificar e lidar com fatores que facilitam ou dificultam o diálogo com os familiares, como aspectos dificultadores do desenvolvimento da entrevista familiar.

Ainda em concordância com a importância da comunicação eficaz no processo de doação de órgãos aos familiares e esclarecimentos para a tomada de decisão sobre doação de órgãos para transplantes, Moraes et al. (2014) confirmam esta informação em um dos seus estudos, quando os enfermeiros relatam que a objetividade, clareza e simplicidade na informação transmitida ajudam os familiares do doador elegível na tomada de decisão com autonomia.

Outra pesquisa realizada por Santos, Massarollo e Moraes, (2012) foi perceptível que a entrevista precisa ser aprimorada, porém não há cursos ou discussões de experiências que decorrem sobre o momento da entrevista familiar no processo de doação de órgãos. Sendo que na maioria das vezes o entrevistador desenvolve melhor as técnicas no momento da entrevista, somente ao adquirir experiência ao longo dos anos.

Deste modo, é relevante atentar para a formação/educação técnica, científica e emocional dos profissionais que atuam na UTI e que lidam frequentemente com o processo de doação de órgãos, visto que desta forma estarão mais preparados para a abordagem com familiares.

Torna-se bastante claro que o sucesso de uma entrevista não depende exclusivamente do entrevistador, mas de aspectos que envolvem outros profissionais, além das percepções dos familiares a respeito da atenção e assistência recebida durante o período de internação do paciente (SANTOS; MASSAROLLO; MORAES, 2012). Portanto, mediante ao que foi apresentado pode-se perceber a complexidade desse momento no processo de doação, por envolver aspectos relativos ao entrevistador, ao entrevistado, ao local da entrevista, além de questões éticas e legais, evidenciando assim, a necessidade de identificar os conflitos bioéticos vivenciados pelos profissionais nessa etapa, visto que além de cumprir o protocolo, o entrevistador também promove conforto e apoio à família para que a doação seja vista como um ato de humanidade (FILHO et al., 2016)

5 ARTIGO ORIGINAL - PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES: CONFLITOS BIOÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS QUE ATUAM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A presente pesquisa foi realizada em um hospital filantrópico do Sul do Estado do Espírito Santo, com objetivo de analisar a percepção dos enfermeiros que atuam na Unidade de Tratamento de Intensiva sobre os conflitos bioéticos vivenciados por eles no processo de doação de órgãos para transplantes. Antes de adentrar nos conflitos vivenciados e as condutas tomadas é importante caracterizar o perfil dos enfermeiros que atuam no processo de doação de órgãos que participaram do presente estudo. Dos 23 enfermeiros que atuavam nas unidades de terapia intensiva, 10 não tinham um ano completo de atuação no setor. Dos 13 enfermeiros que preencheram os critérios de inclusão, um estava de licença maternidade e 2 não aceitaram participar da pesquisa. Dos 10 enfermeiros entrevistados, 9 eram do sexo feminino.

Essa representatividade do sexo feminino no cuidado de saúde, mais especificamente na área da enfermagem, está de acordo com o que revelam as pesquisas sobre a “feminização na enfermagem brasileira” (LOPES; LEAL, 2005). De acordo com as autoras, numa contextualização sócio-histórica, a enfermagem nasceu por meios de organizações religiosas que, semelhantemente, associavam os cuidados em saúde aos cuidados domésticos, aos cuidados com idosos, doente e crianças, conseqüentemente associavam à “figura da mulher-mãe”. Portanto, historicamente, a mulher era detentora de um saber informal de práticas em saúde e isso legitimou ao sexo feminino exclusividade nesses cuidados por longo período (LOPES; LEAL, 2005).

Outro fator que historicamente explica essa feminização da enfermagem é a influência de Florence Nightingale que em 1862 institucionalizou na Inglaterra os cuidados de saúde como uma profissão especificamente para mulheres, para a qual elas estariam preparadas considerando seus valores femininos (LOPES; LEAL, 2005).

No entanto, um estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) por incentivo do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) essa tendência à feminização da enfermagem tem sido desconstruída ao longo dos anos, mesmo que de forma tímida e incipiente. Esse estudo divulgado em 2015 demonstrou que a enfermagem era composta por 84,6% de mulheres e de 15% de homens. Embora a discrepância entre os sexos, esse estudo mostrou também que houve um crescimento pela procura da profissão por homens a partir de 1990 (FIOCRUZ, 2015).

A idade dos participantes foi agrupada em 4 faixas etárias, a saber: 20-30 anos, 31-40 anos, 41-50 anos e mais de 61 anos. Observou-se uma constância de profissionais nos dois primeiros agrupamentos de faixa etária. Cinco profissionais relataram ter entre 20 e 30 anos e outros 5 participantes relataram ter entre 31 e 40 anos. Não houve participantes com as demais faixas etárias. De acordo com um estudo realizado pelo COFEN (2011) a média de idade dos profissionais de enfermagem do Brasil é de 26 a 35 anos, a qual representa 35,98% desses profissionais. Essa média de idade também é uma realidade da região Sudeste e do Estado do Espírito Santo.

Quanto a religião, 100% dos participantes afirmaram seguir algum tipo de religião, sendo 70% a religião católica e os outros 30% a religião evangélica. Esses dados afirmam que no Brasil

predomina as religiões com raízes no cristianismo. De acordo com Pereira (2013), 90% dos brasileiros que possuem alguma religião, essas são o catolicismo ou o protestantismo. A relação entre o cristianismo e a população brasileira tem raízes históricas. Introduzida pelos portugueses no Brasil, o catolicismo está veiculado a cultura e a identidade do país como um todo (PEREIRA, 2013). Diante disso, é compreensível que a população continue influenciada pelo cristianismo mesmo após 520 anos de colonização portuguesa.

Com relação ao turno de trabalho, 60% dos enfermeiros que participaram da pesquisa trabalhavam no turno noturno. É importante destacar que não se trata de uma equipe maior nesse turno, o que ocorreu é que de acordo com critérios previamente estabelecidos, alguns profissionais possuíam menos de 1 ano de efetivo trabalho na UTI e por isso não participaram dessa pesquisa.

A presente pesquisa ainda investigou o tempo de formação dos profissionais pesquisados e o tempo de efetivo trabalho na área da enfermagem. Para tanto, esse tempo foi alocado em 4 grupos, 40% dos participantes declararam ter entre 1 e 5 anos de formação em enfermagem; 20% informaram ter entre 06 e 10 anos de formação; 30% tinham entre 11 e 15 anos e 10% mais de 15 anos de formação. Semelhantemente, a questão seguinte buscou informações a respeito do tempo de efetiva atuação na área da enfermagem e os dados apresentaram poucas variações em relação a pergunta anterior. Variaram apenas o grupo entre 06 e 10 anos (30%) e o grupo entre 11 e 15 anos (20%) indicando assim, que os profissionais pesquisados logo após a formação já ingressaram no mercado de trabalho. De acordo com Martins et al. (2006) o tempo de formação do enfermeiro pode ser um indicativo de tempo de experiência no mercado de trabalho.

Ao serem questionados sobre a formação (nível de escolaridade), 80% dos participantes declararam ter pós-graduação na modalidade *lato sensu*, sendo 70% destes, especialistas na área de Terapia Intensiva e/ou Urgência e Emergência. De acordo com Cavalcanti, Viana e Garcia (2010), o crescimento da indústria hospitalar, com a inserção crescente de tecnologias, forçou os profissionais ao manuseio dessas ferramentas para atender as novas necessidades. Ainda segundo as autoras, além de se especializar numa determinada área, a busca por esses cursos também está atrelada ao próprio contexto de crescimento da profissão.

Nessa mesma direção, Galindo et al. (2019) pontuaram que o expressivo número de enfermeiros com especializações está relacionado “ao aumento do conhecimento científico em todas as áreas” (p.02), paralelamente também às exigências do mercado de trabalho por profissionais cada vez mais qualificados. Em se tratando de UTI’s, esses autores apontam também que, por ser um ambiente com eminente risco de morte, exige além da presença ininterrupta do profissional, o manuseio de recursos tecnológicos de alto custo. Assim, somente o conhecimento restrito dos cursos de graduação não seriam o suficiente para lidar com a complexidade dos procedimentos e equipamentos, sendo necessário o conhecimento mais direcionado para a área de atuação, assim de acordo com Andrade, Padilha e Kimura (1998) a especialização proporcionaria um melhor desempenho do enfermeiro na assistência aos potenciais doadores e a especialização em cuidados intensivos de enfermagem, completaria e aprofundaria o conhecimento e as habilidades necessárias para a atuação nessa demanda.

Ainda sobre a formação dos profissionais, eles foram questionados sobre a participação em palestras, cursos ou simpósios relacionados ao tema de doação de órgãos tanto no próprio hospital como em outras instituições. Os resultados obtidos apontaram que 100% dos profissionais pesquisados já participaram de algum evento na própria instituição com a temática e desses, 30% também já participaram de eventos promovidos por outras instituições voltados para a temática. É importante ressaltar que o hospital vem promovendo uma série de eventos nos últimos anos como: palestras, minicursos, simpósios em adesão à Campanha de Doação de Órgãos e Tecidos no mês de setembro por conta das ações do “Setembro Verde”, mês dedicado a conscientização para a doação de órgãos. Essas ações são voltadas para profissionais e o público em geral. E pelos resultados da pesquisa, os profissionais têm aproveitado esses momentos para se aperfeiçoarem mais.

De acordo ainda com os dados da pesquisa, 40% desses profissionais declararam nunca terem deixado de participar de capacitações/palestras/simpósios sobre a temática, os outros 60% declararam que já deixaram de participar de algum evento sobre o tema por dificuldades com o horário de trabalho, seja por serem fora de seu horário de trabalho ou por não conseguir sair do plantão para participar, ou ainda por não terem tomado conhecimento do evento em tempo hábil para participação.

Foi analisado o tempo de atuação dos enfermeiros na UTI do Hospital pesquisado, os dados mostraram que 70% deles trabalhavam entre 01 e 05 anos na Unidade e os outros 30%

declararam ter entre 06 e 10 anos de trabalho no setor. É importante esclarecer que, conforme critério de inclusão previamente estabelecido, enfermeiros com menos de 1 ano de atuação na UTI não foram elegíveis para a pesquisa. De acordo com Novareti et al. (2014) e Abrahão (2015), o ambiente das UTI's são locais de intenso estresse, com muitas aparelhagens, tecnologias, desconfortos e isolamento social, que demanda dos enfermeiros muito conhecimento para lidar com pacientes graves e instáveis, além do contato próximo com a morte. Portanto, esses enfermeiros são constantemente expostos à essas situações de tensão e além do ambiente estressante e o eminente risco de morte do paciente, precisam lidar com os conflitos éticos demandados por situações de doação de órgãos, conforme serão discutidos mais adiante.

Outro ponto analisado também nesta pesquisa foi a membresia na CIHDOTT. A presente questão visou identificar a composição dessa comissão no referido hospital. De acordo com o Art. 15 da Portaria nº 2.600/2009 que trata do regulamento técnico do sistema nacional de transplantes, as comissões deverão ser compostas de “no mínimo três membros integrantes de seu corpo funcional” (BRASIL, 2009a). O referido artigo ainda cita que um desses membros deverá ser médico ou enfermeiro. Assim, no hospital pesquisado, dos 10 enfermeiros participantes, dois são membros dessa Comissão, com tempo de 1 e 5 anos de atuação na Comissão.

As formações das CIHDOTT's são extremamente importantes para o processo de captação e doação de órgãos. De forma sintetizada, a função dessas Comissões no hospital impera na organização de todo o processo de doação e captação de órgãos do hospital, desde a organização de protocolos assistenciais de doação e captação de órgãos, criação de rotinas, articulação de equipes, principalmente as da UTI, viabilizar a realização de diagnósticos, como os de ME, acolhimento às famílias, articulação com outros órgãos envolvidos nesse processo (demais instâncias intra e interinstitucionais), promoção de educação permanente das equipes de saúde, manutenção de registros, apresentação de relatórios, entre tantas outras funções (BRASIL, 2009a). Outra atribuição dessa Comissão, de acordo com essa Portaria, é construir o regimento interno com as regras que regulamentam o funcionamento dessa Comissão no âmbito hospitalar.

Conforme já mencionado, o processo de doação de órgãos é complexo, extenso e cansativo, tanto para a equipe quanto para os familiares. Pensando nisso, pretendeu-se também conhecer a experiência dos profissionais pesquisados nesse processo. Neste sentido, os resultados

apontaram que todos os enfermeiros do universo pesquisado já participaram em algum momento do processo de doação de órgãos no hospital onde se desenvolveu a pesquisa, sendo que 60% deles participaram de 1 a 5 processos, 20% participaram de 6 a 10 processos e os outros 20% participaram de mais de 10 processos. De acordo com essa vivência dos enfermeiros nesse processo, foi possível conhecer a vida cotidiana da doação e a partir da percepção desses profissionais, identificar os conflitos éticos decorrentes dessa experiência, conforme será apresentado nas próximas seções deste trabalho.

5.1 SITUAÇÕES DE CONFLITO BIOÉTICO VIVENCIADO OU OBSERVADO PELO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Nessa primeira questão norteadora, os enfermeiros foram questionados sobre a forma como percebiam os conflitos bioéticos que decorriam no processo de cuidado do potencial doador e que eticamente, lhes causavam desconforto, além de dificultar muito o processo. De acordo com as repostas dadas por eles e transcritas por esta pesquisadora, obteve-se sete categorias (Quadro 3).

● **Conduta médica (1):** categoria na qual se encontram respostas que mostram que esses conflitos bioéticos se evidenciam por meio de diversas condutas médicas em relação ao cuidado com o potencial doador e em relação ao processo em si. Por razões didáticas, considerou-se melhor subdividir essa categoria em subcategorias a fim de explanar as especificidades de cada uma com mais profundidade. Sendo as subcategorias:

- (a) Negligência nos cuidados com o potencial doador;
- (b) Diagnóstico de ME;
- (c) Desconhecimento do protocolo e das legislações;
- (d) Falta de interesse para abrir protocolos;
- (e) Insegurança para abrir protocolos
- (f) Profissional que não é capacitado para abrir o protocolo.

● **Conduta da enfermagem (2):** nesta categoria estão as respostas em que os enfermeiros pontuam condutas da própria equipe de enfermagem como responsáveis por alguns conflitos bioéticos.

- (a) Desconhecimento do protocolo e das legislações
- (b) Protocolo extenso; tempo.

- **Gestão hospitalar (3):** essa categoria corresponde às respostas em que os enfermeiros evidenciam dificuldades intrinsecamente relacionadas à gestão hospitalar.

- (a) Exames de imagem;
- (b) Profissional Anestesista

- **Logística (4):** nesta categoria encontram-se as respostas que fazem referência à distância física entre o hospital e a equipe de captação de órgãos do Estado.

- **Família (5):** essa categoria abrange respostas de enfermeiros que consideram que algumas demandas familiares também levam a conflitos bioéticos.

- **Serviço Social (6):** categoria que considera a ausência do profissional de serviço social como um dificultador do processo.

- **Protocolo de doação (7):** categoria que aborda a extensão do protocolo do processo de doação como uma dificuldade. De acordo com a análise das respostas dos enfermeiros entrevistados, observa-se uma unanimidade nas opiniões ao pontuarem os diversos aspectos da “Conduta médica” (categoria 1) como dificuldades no processo de doação de órgãos que causam desconforto e conflitos nos profissionais de enfermagem e que podem interferir negativamente no processo de doação.

Entre os aspectos mais destacados na categoria Conduta Médica está a “negligência nos cuidados com o potencial doador” (subcategoria 1a), conforme pode ser visto nos trechos das entrevistas apresentados abaixo:

“Outro problema que também já tive (...) é o médico que não se importa muito com o paciente de ME, eles não checam os exames, aí o paciente fica lá com sódio alto e sem nenhuma conduta médica. Igual outro dia, tive um paciente com hipopotassemia desde às 15h da tarde e eu só fui ver às 01h da manhã quando fui checar os prontuários. Tem médico que fala que esses pacientes de ME dão muito trabalho.” (Enf. 05)

“Não sei se isso acontece mais a noite, mas vejo muito o médico não se importar com o paciente de ME.” (Enf. 10)

“E quanto a manutenção do potencial doador, a coordenadora da CIHDOTT fica em cima do plantonista e da equipe também.” (Enf. 04)

“Eu percebo que tem médico que não quer investir no paciente potencial doador (...) a gente sabe que tem que reanimar para doação, mas eles não querem fazer, ele fala que não vai reanimar.” (Enf. 03)

“Tem médico que após a abertura do protocolo não quer iniciar a nutrição enteral (...) o médico não tem noção disso (...) por não conhecer a rotina do protocolo. Paciente está com a pupila midriática e não evolui a que horas parou a sedação e aí gente fica todo enrolado com a abertura.” (Enf. 03)

“Temos que contar com a boa vontade do médico pra dar continuidade na manutenção do paciente e temos que ficar em cima porque senão o paciente para mesmo, parece que eles não ligam muito para o paciente.” (Enf. 02)

Quadro 3 – Categorias e subcategorias da 1ª questão norteadora: conflitos bioéticos vivenciado/observado no processo de doação de órgãos

Categorias	Subcategorias
Conduta Médica (1)	(a) Negligência nos cuidados com o potencial doador; (b) Diagnóstico de ME; (c) Desconhecimento do protocolo e das legislações; (d) Falta de interesse para abrir protocolos; (e) Insegurança para abrir protocolos (f) Profissional que não é capacitado para abrir o protocolo.
Conduta da Enfermagem (2)	(a) Desconhecimento do protocolo e das legislações (b) Protocolo extenso; tempo.
Gestão Hospitalar (3)	(a) Exames de imagem; (b) Profissional Anestesista
Logística (4)	*sem subcategorias
Família (5)	*sem subcategorias
Serviço Social (6)	*sem subcategorias
Protocolo de doação (7)	*sem subcategorias

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

De acordo com as falas dos enfermeiros transcritas acima, eles percebem ao longo do processo falhas na assistência médica do potencial doador, eles usaram expressões como “não se importa”, “contar com a boa vontade”, “não ligam para o paciente”, “não querem reanimar” (...) para demonstrar a situação conflitante vivenciada. Araújo e Massarollo (2014) alertaram que a falta de comprometimento profissional leva ao descaso e a uma assistência inadequada e completam que essas situações acarretam nas equipes atitudes de indiferença, falta de compromisso e insatisfação prejudicando todo o processo. Nessa mesma direção, há 20 anos,

Clausell et al. (2001) já apontavam os cuidados inadequados com o potencial doador como um dos principais limitadores do processo de doação de órgãos.

É importante ressaltar que, de acordo com muitos autores, o papel do enfermeiro é de suma importância na manutenção do potencial doador. Silva e Marcelino (2011) chegaram a afirmar que prestar cuidados intensivos a potencial doador é uma responsabilidade do enfermeiro de UTI. Neste sentido, Marcon et al. (2012) e Martini et al. (2008) pontuaram que o enfermeiro além de ser o responsável técnico pelos cuidados com o potencial doador, é o responsável também pelas relações estabelecidas com os familiares durante todo o processo. Assim, os cuidados de enfermagem, o registro e o controle dos parâmetros hemodinâmicos estão diretamente relacionados ao sucesso na doação (MORAES et al., 2009). E, a partir dessa assistência de enfermagem ao potencial doador, que inclui de acordo com Silva (2016) o conhecimento das alterações fisiopatológicas na ME, é que se estabelece quais os cuidados serão necessários para a manutenção dos órgãos.

Ainda em relação aos cuidados na manutenção do potencial doador, Rech e Filho (2007) esclarecem que a assistência de enfermagem deve atender as necessidades básicas do paciente que consistem em elevar a cabeceira em 30 graus, mudar decúbito, aspirações de secreções, cuidados com os cateteres, aferição de pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, saturação, pressão venosa central, débito urinário e glicemia capilar. Contudo, mediante as entrevistas realizadas com os profissionais de enfermagem e a partir da própria experiência profissional desta pesquisadora no processo de doação de órgãos, pode-se perceber que para a manutenção do potencial doador são necessárias muitas outras condutas que fogem da alçada da equipe de enfermagem por não se restringirem a cuidados básicos como, por exemplo, a solicitação de exames periódicos e prescrição de medicamentos para a manutenção que só podem ser realizados pela equipe médica.

Nesse mesmo panorama, outro aspecto bastante mencionado pelos profissionais que frequentemente causa conflitos bioéticos está no diagnóstico de ME (subcategoria 1b), para eles, não há um consenso na conduta dos médicos plantonistas:

A maior dificuldade é o neuro, em especial um deles que se o paciente apresentar reflexo espinhal durante a avaliação de exame clínico (...) aí pronto, ele não abre o protocolo, ele também não é atualizado na legislação quanto ao exame de apneia. Sabe, o neuro não ajuda muito.” (Enf. 07)

“Outra situação é o médico do pronto socorro que recebe o paciente e dá informação incoerente e a família não aceita muito bem e aí fala da doação antes do protocolo (...) aí gera tantos conflitos. Geralmente só falam que o paciente era grave e não fala da possibilidade de ME.” (Enf. 07)

“Tem aquele problema também com o DR. XXX que aborta o protocolo quando o paciente apresenta reflexo medular, continua a mesma novela de sempre, ele interrompe a abertura do protocolo.” (Enf. 06)

“O neuro continua a mesma coisa, dependendo de quem está no plantão ele também não abre, fala que o paciente apresentou reflexo.” (Enf. 04)

“Eu também percebo que o diagnóstico de ME demora muito (...) o paciente está muito instável e faz parada.” (Enf. 02)

Nessa direção, de acordo com eles, os médicos teriam dificuldade para abrir protocolos de ME, causando morosidade no processo. Como já mencionado anteriormente nesta pesquisa e não se pretende retornar amplamente a este ponto para não correr o risco de ser repetitivo e exaustivo, para diagnosticar a ME é preciso seguir um rigoroso protocolo que inclui: coma irreversível de causa definida, ausência de hipotermia, hipotensão e ausência de intoxicação exógena ou efeito de medicamentos psicotrópicos (WIJDICKS, 2010; MORATO, 2009).

Apesar dos critérios para diagnóstico de ME estarem bem definidos há mais de três décadas, ainda há muita coisa a ser esclarecida, discutida e desmistificada, tanto nas equipes profissionais quanto na própria sociedade. Conforme pontuado pelos enfermeiros pesquisados, muitas decisões em relação a abertura de protocolos de ME são tomadas a partir de opiniões pessoais de cada médico plantonista, mesmo havendo protocolos a serem seguidos.

Nesse universo de diagnósticos de ME e aberturas de protocolos, de acordo com Bigaran (2018), a equipe de enfermagem também tem extrema importância, visto que esses profissionais atuam diretamente nos cuidados diários desses pacientes, controlando as intercorrências e conhecendo todo o histórico desses pacientes.

Retomando as discussões sobre os conflitos bioéticos enfrentados pelos profissionais de enfermagem no processo de doação de órgãos, outro ponto destacado por esses profissionais foi o “Desconhecimento do protocolo e das legislações” (subcategoria 1c) por parte da equipe médica:

“Minha dificuldade foi com o médico do plantão que não sabia quase nada do protocolo.” (Enf. 05)

“Falta atualização de alguns médicos, não se atualizam na nova legislação.” (Enf. 07)

“O problema é que tem plantão que o médico não conhece o protocolo.” (Enf. 10)

Conforme os trechos acima, no dia a dia da UTI, os enfermeiros pesquisados se deparam com profissionais médicos com pouco conhecimento dos protocolos e outros que não acompanham as atualizações desses documentos e que isso influenciaria diretamente no processo de identificação do potencial doador.

Esses dados obtidos nas entrevistas vão de encontro ao que Conceição et al. (2005) encontraram em suas pesquisas, de acordo com os autores a falta de educação continuada das equipes de saúde constitui-se como limitadores para a não doação de órgãos e tecidos. Nesse segmento, um estudo realizado por Lago et al. (2007) com o objetivo de avaliar a incidência de ME, condutas e protocolos adotados após confirmação da ME, no período de 2003 a 2005 por meio de revisões e análises retrospectivos, demonstrou que no Brasil, apesar de existir lei que define os critérios para diagnóstico da ME, ela não é obedecida e como consequência, o indivíduo já morto (potencial doador) não recebe o suporte vital adequado.

Ainda sobre o conhecimento de legislações, três pesquisas realizadas, em local de pesquisa e amostras diferentes, porém como o mesmo público alvo: acadêmicos de Medicina e Enfermagem publicadas em 2007 com o objetivo de avaliar o conhecimento dos acadêmicos em relação ao processo de doação apontaram conclusões idênticas: a deficiência no conhecimento desses acadêmicos (SILVA, SILVA, 2007; GALVÃO, et al., 2007; BITTENCOURT et al., 2007). É importante ressaltar que o perfil dos entrevistados na pesquisa de Bittencourt et al. (2007) tratava-se de acadêmicos de medicina selecionados para participar da pesquisa por estarem participando de um evento científico de Medicina Intensiva interessados nos temas relacionados a área de doação de órgãos, podendo portanto, apresentar conhecimento superior à população acadêmica geral, mesmo com esse perfil, esses estudantes apresentaram conhecimentos relativamente baixo, o que sugere que os demais acadêmicos que não participaram da pesquisa poderiam apresentar menos conhecimento ainda. Os autores ainda constataram que esse baixo rendimento está relacionado ao pouco contato dos acadêmicos com a temática durante a formação, principalmente o contato prático.

Em relação às atualizações das equipes médicas sobre protocolos e legislações mencionadas pelos enfermeiros, faz-se necessário abrir aqui uma discussão mais ampla considerando que

essa pesquisa foi desenvolvida durante a pandemia do novo coronavírus. É sabido que a pandemia trouxe mudanças em muitas áreas, mundialmente citando: áreas da saúde, econômica, cultural, social, ideológica, intelectual, espiritual e tantas outras que poderiam ser mencionadas. Mediante esse contexto de pandemia, o processo de doação de órgãos não passou inerte por ela. O Ministério da Saúde publicou, até o momento de escrita deste trabalho, duas Notas Técnicas trazendo orientações sobre os critérios técnicos para triagem clínica dos candidatos à doação de órgãos e tecidos e o manejo do paciente em lista de espera e do transplantado considerando o momento da pandemia. A primeira Nota Técnica nº 25/2020 publicada em 25 de março de 2020 aborda amplamente o contexto de pandemia em que o Brasil se encontrava na época da sua publicação, já com casos de transmissão comunitária. Dentre as recomendações do Ministério da Saúde listadas na supracitada Nota Técnica destacam-se:

a) Suspender a busca ativa e a captação para doação de tecidos em doador falecido por parada cardiorrespiratória; (...) b) Suspender os ambulatórios pré-transplante de pacientes listados; c) Manter atendimento à demanda de novos pacientes; d) Transplantes de córnea e de tecidos musculoesquelético deverão ser realizados somente em situações de urgência. (BRASIL, 2020, p. 2).

Em relação aos critérios para triagem de candidatos a doação de órgãos, a Nota Técnica nº 25/2020 estabelece a necessidade de focar na história epidemiológica para SARS-COV-2. Assim, seria de suma importância informações sobre o contato próximo do candidato a doação com casos suspeitos ou confirmados do novo coronavírus, investigação laboratorial confirmatória sempre que possível, assim como, a disponibilização dessas informações às equipes de transplante imediatamente (BRASIL, 2020).

Em 22 de abril de 2020 o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica nº 34/2020 que atualizava a Nota Técnica 25/2020, dada a velocidade em que a pandemia se propagava e a necessidade de ampliar os cuidados. Essa Nota publicada em abril considerou a necessidade de rever alguns pontos como, por exemplo, as limitações tecnológicas dos testes rápidos para detecção precoce do novo coronavírus. Em suma, algumas atualizações foram entorno de candidatos à doação suspeitos ou com contatos com suspeitos. Assim, enquanto na Nota Técnica nº 25/2020 o doador contato de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 e contato próximo com pessoa com teste para SARS-Cov-2 positivo recebia contra-indicação relativa, podendo ser validada apenas para órgãos, a partir da Nota Técnica 34/2020, se o contato com casos suspeitos ou confirmados ocorreu há menos de 14 dias, a possibilidade de doação é

descartada. Portanto, a partir dessas Notas o teste de RT-PCR passou a integrar o protocolo de doação de órgãos e tecidos (BRASIL, 2020).

Mencionando novamente as falas dos enfermeiros sobre a falta de atualização dos médicos em relação às legislações e protocolos, essa exposição situacional da mudança nos protocolos devido à pandemia pelo novo coronavírus é apenas um exemplo de como esses protocolos são mutáveis e estão sujeitos a alterações a partir de novos contextos e avanços da Medicina. Dessa forma, a constante atualização das equipes é imprescindível porque além de gerar conflitos na equipe, põe em risco todo o processo de doação.

Partindo mais uma vez das discussões sobre os conflitos bioéticos enfrentados pelos profissionais de enfermagem no processo de doação de órgãos, outro ponto que chamou bastante atenção foi o fato dos enfermeiros terem pontuado a “Falta de interesse para abrir protocolos” (subcategoria 1d) por parte de alguns médicos plantonistas, sugerindo, mais uma vez, que cada médico toma suas decisões a partir de opiniões pessoais, mesmo havendo protocolos a serem seguidos. De acordo com eles:

“Os conflitos vêm da própria equipe médica, porque são médicos que tem a capacitação pra poder abrir o protocolo, só que muitas vezes, é... eu acho, por indisposição eles não querem abrir o protocolo. Então a gente fica insistindo, às vezes, é... tem que esperar troca de plantão, entendeu?” (Enf. 09)

“Um conflito que eu vejo é o médico capacitado que não abre o protocolo de ME. Não adianta, eu tenho um médico em especial que não abre.” (Enf. 07)

“Nosso conflito continua aquele velho problema de alguns plantonistas médicos não querem abrir o protocolo, a gente sabe quando eles enrolam até acabar o plantão e deixar para o próximo plantonista.” (Enf. 06)

“Nossa maior dificuldade continua sendo os médicos (...) depois que teve a capacitação para alguns deles (...) só pode abrir o protocolo quem era capacitado e cadastrado na central, aí eu acho que depois disso nossa dificuldade aumentou (...) porque tinha aqueles médicos específicos para abrir o protocolo, mas muito deles se recusavam, então com essa capacitação aumentou o número de médicos capacitados, mas não fez nenhuma diferença.” (Enf. 04)

Nesta mesma direção, outra subcategoria também destacada pelos enfermeiros foi a “Insegurança para abrir protocolos” (subcategoria 1e), de acordo com eles essa insegurança é perceptível e tem aqueles médicos que já seriam conhecidos por “não abrir protocolos de jeito nenhum” (sic), conforme pode ser averiguado nos trechos das entrevistas abaixo:

“A gente percebe uma insegurança dos médicos que são capacitados a abrir o protocolo e que não abrem diante do fato que o neuro se abortou o protocolo.” (Enf. 06)

“tem dois médicos que não abrem protocolo de jeito nenhum e sempre pelo mesmo motivo, por serem nefrologistas, quando a gente sabe que isso não tem nada a ver.” (Enf. 06)

“Eu vejo muitos médicos capacitados que estão inseguros para abrir protocolos.” (Enf. 04)

“Percebo que tem médico que tem medo de abrir o protocolo.” (Enf. 03)

Essa relação de insegurança também foi pontuada num estudo recente realizado por Souza, Tostes e Silva (2019) com 38 médicos intensivistas de um hospital estadual do Rio de Janeiro. De acordo com esse estudo, havia médicos que “não se consideravam seguros em realizar o exame clínico” (p.117) para abertura do protocolo. Eles ressaltaram também que esses médicos não tiveram “participação prévia em testes diagnósticos de ME” (p.117).

Outro ponto que chama bastante atenção nessa pesquisa realizada por Souza, Tostes e Silva (2019) é que as questões em que os participantes tiveram maior índice de acertos foram as que tratavam dos critérios de inviabilidade da abertura do protocolo de ME chegando a um percentual de 100% no quantitativo de acertos. Em contrapartida, o menor índice de acertos foi nas questões que tratavam do fluxograma correto de atendimento ao potencial doador de órgãos. Ainda de acordo com esse estudo, os médicos apresentavam conflitos éticos como a decisão de suspender o suporte terapêutico, entre as justificativas estava a falta de abordagem da temática na disciplina de Bioética durante a formação. Portanto, essa pesquisa demonstra claramente que dentre o universo médico pesquisado, eles tinham muito mais conhecimento sobre critérios de não abertura do protocolo do que informações sobre sua abertura.

Discorrendo ainda sobre a insegurança no diagnóstico de ME, é importante ressaltar que o médico está sujeito a processos administrativos e/ou judiciais com base nos códigos Penal e Civil caso surjam dúvidas quanto à constatação da ME. Sobre eles recaem a responsabilidade de serem os únicos com competência para diagnosticar a ME, portanto, precisam estar seguros quanto aos critérios e protocolos (MENESES et al., 2010). Os autores ainda destacam as situações de vulnerabilidade que muitos médicos se encontram pela falta de condições hospitalares, decorrentes, muitas vezes, do não cumprimento da legislação por parte da própria instituição na qual exerce suas atividades profissionais.

Outro aspecto mencionado pelos enfermeiros foi o “Profissional que não é capacitado para abrir o protocolo” (subcategoria 1f).

“Outra dificuldade é que nem todos os médicos plantonistas da UTI podem abrir o protocolo porque não são atualizados/capacitados para abrir o protocolo. Aí temos que esperar o próximo plantão para abrir o protocolo e isso atrasa muito.” (Enf. 07).

“O problema também é que tem um profissional médico que sempre aborda o processo, aí acaba atrasando tudo porque tem médico que não é capacitado para a abertura e aí vai passando de plantão para plantão.” (Enf. 06)

Sobre a capacitação para abrir protocolos, ela passou a ser uma obrigatoriedade a partir da Resolução do CFM nº 2.173/2017. Essa resolução determina que para a realização do protocolo de ME é preciso que o médico seja capacitado por meio do Curso de Determinação de Morte Encefálica, ela prevê ainda como pré-requisito para a realização do curso, o profissional ter no mínimo 1 (um) ano de experiência no atendimento de pacientes em coma.

Conforme exposto pelos profissionais pesquisados, o fato de nem todos os médicos plantonistas terem realizado o mencionado curso, faz com que a abertura de protocolos passe de plantão a plantão até chegar a um médico capacitado, tal situação causa ainda mais morosidade no processo de abertura.

É importante ressaltar que no Estado do Espírito Santo esse curso é oferecido gratuitamente pela CET do Espírito Santo em parceria com o Conselho Regional de Medicina (CRM) direcionado aos médicos que atuam nas UTI's e unidades de urgências e emergências. A programação do curso inclui aulas teóricas onde são abordados temas como o conceito e o diagnóstico de ME, legislação, exames e a conduta pós-conclusão do protocolo, aulas práticas e discussão de casos clínicos (ESPÍRITO SANTO, 2020).

Conforme mencionado no início dessa seção, a primeira Categoria (Conduta Médica) por abordar diversos aspectos, foi didaticamente subdividida em subcategorias para melhor aprofundamento em cada uma delas. Assim, aqui se encerra as discussões dessa primeira categoria e adiante iniciam-se as discussões da segunda Categoria (Conduta da Enfermagem) que também foi subdividida em duas subcategorias: (2a) Desconhecimento do protocolo e das legislações e (2b) Protocolo extenso; tempo.

Conforme pode ser analisado nos trechos da entrevista abaixo, os enfermeiros criticaram a conduta da enfermagem de uma forma geral, enfatizando que alguns enfermeiros não se dedicam a conhecer o protocolo e procedimentos necessários (subcategoria 2a):

“Os profissionais de enfermagem também não ajudam muito, não falo dos técnicos, mas dos enfermeiros mesmo e dos médicos. Os enfermeiros não têm capacitação, acaba aprendendo no dia a dia e aí muitos não têm interesse, não tem destreza, não fazem os treinamentos que a gente oferece.” (Enf. 07)

“Às vezes falta interesse da própria enfermagem em conhecer todo o processo.” (Enf. 04)

“Hoje também estamos vivendo uma situação atípica na UTI (...) muita rotatividade de funcionários da enfermagem, muitos pedidos de demissão por problemas com a nova gestão, aí veio também a pandemia. E o hospital sendo referência para COVID, tendo que fazer contratação em massa, aí acaba tendo que contratar profissionais com pouca ou nenhuma experiência, sem conhecimento dos protocolos.” (Enf. 02)

Nessa direção, a pandemia agravou um problema que já existia: a falta de experiência e conhecimento dos protocolos de ME e de doação de órgãos. Eles destacaram que inicialmente os profissionais de enfermagem ingressam nas UTI's sem experiências no processo de doação de órgãos e que não é solicitado nenhum curso de capacitação, assim como para os médicos se tornou obrigatório a partir da Resolução nº 2.173/2017 do CFM. E com a necessidade da contratação repentina de muitos profissionais impulsionada pela pandemia, esse problema só veio a se agravar.

Os enfermeiros ainda destacaram que alguns colegas de profissão veem o protocolo como muito extenso e trabalhoso (subcategoria 2b) e que eles não dispunham de tanto tempo assim para dedicar-se a ele:

“Tem também aqueles enfermeiros de plantão que não ficam em cima do médico para abertura, eles até falam que se não quiser abrir é bom, que é menos um trabalho.” (Enf. 06)

“O fato de ter muitos enfermeiros novos por conta da pandemia (...) dificultou bastante também, eles demandam mais tempo para realizar o trabalho e acabam não dando conta de cuidar do paciente potencial doador e dos demais pacientes que estão na UTI.” (Enf. 07)

De acordo com autores como Guetti e Marques (2008), e Silva e Marcelino (2011) o protocolo de doação de órgãos exige do enfermeiro conhecimentos técnicos, conhecimento dos procedimentos legais, das formalidades, manuseio de equipamentos, conhecimentos específicos da fisiopatologia da morte encefálica, além de envolvimento contínuo com toda a equipe e familiares. Portanto, a falta de experiência aliada à falta de capacitação, pode constituir-se como

uma missão difícil no decorrer do protocolo. Não cabe a este estudo responder toda a problemática desvelada ao longo da pesquisa, por isso novas pesquisas se fazem necessária para averiguar, por exemplo, a relação entre curso de capacitação obrigatório para a equipe de enfermagem – como é para a equipe médica – e o desenvolvimento dos protocolos, tanto de morte encefálica quanto os de doação de órgãos.

Numa terceira categoria de respostas tem-se a Gestão Hospitalar que evidencia dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros intrinsecamente relacionadas à administração do hospital. Essa categoria foi subdividida em duas subcategorias: (3a) Exames de imagem e (3b) Profissional Anestesista.

De acordo com as legislações brasileiras, todo paciente com suspeita de ME precisa fazer exames de imagem (tomografia ou ressonância de crânio) para que se comprove uma lesão estrutural encefálica suficientemente grave para que se inicie o protocolo de ME (BRASIL, 2017c). No entanto, a falta de médico qualificado para realizar o exame tem causado morosidade no processo no hospital pesquisado, chegando a estendê-lo por até uma semana, conforme mencionou um entrevistado (Enf. 07), causando também desistência da doação devido a espera angustiante para a família que aguarda na expectativa pelo resultado desse exame, conforme denúncia outro profissional pesquisado (Enf. 02). O que intriga ainda é o fato do hospital possuir dois *dopplers* para realizar o doppler transcraniano e não contar com um profissional qualificado para manuseá-los, conforme exposto pelos profissionais:

“Uma dificuldade que temos é para fazer o exame de imagem eletroencefalograma, pois esse serviço é terceirizado e o médico não estava recebendo para fazer este exame e por causa disso fiquei com o paciente agarrado na UTI por uma semana porque o médico não estava recebendo. O hospital tem dois doppler transcraniano, mas nenhum médico capacitado e ainda tem aquele eletroencefalograma na UTI que está estragado.” (Enf. 07)

“E ainda de vez em quando passamos por aquele velho problema do médico que faz o EEG não poder fazer o exame e a gente ter que ficar esperando dois a três dias para concluir o diagnóstico. Eu não entendo, temos doppler transcraniano e não temos um médico qualificado para fazer o exame.” (Enf. 06)

“A gente fica às vezes 2 a 3 dias dependendo do exame EEG para fechar o protocolo, às vezes 2 a 3 dias é pouco, as vezes final de semana o médico não vai passar, então a gente perde o paciente e perde a captação por causa disso.”(Enf. 03)

“(…) às vezes também (…) a família desiste da doação pela demora, elas reclamam, ficam angustiadas a espera do exame (EEG).” (Enf. 02)

Ainda nesta categoria, outra dificuldade apresentada pelos enfermeiros foi com o “Profissional anestesista”. De acordo com eles, há muita resistência por parte desses profissionais em relação às cirurgias de doação de órgãos por serem consideradas cirurgias eletivas e não de urgência e emergência, conforme pode ser visto nos trechos:

“Outra coisa que a gente percebe também é que quando tem doação de órgãos é uma dificuldade muito grande para poder separar esse horário, então, a equipe de anestesia é muito resistente, né, pra conseguir sala.” (Enf. 09)

“Outra dificuldade é o anestesista que não quer participar da capacitação, fala que não recebe para isso, falam que a equipe de captação tem que vir completa (...) já teve situações que tive que acionar a CET porque não temos apoio de ninguém no hospital para resolver essas situações.” (Enf. 07)

“O problema do anestesista é que se a captação for durante o dia tem os de plantão, mas se a captação for a noite eles são de sobreaviso, ai eles não querem sair de casa para fazer uma cirurgia de captação por alegarem que eles não recebem por isso e que não consideram um serviço de emergência.” (Enf. 04)

Diante de opiniões tão conflitantes em relação a essa problemática, o CRM do Espírito Santo emitiu em 31 de janeiro de 2017 o documento “Parecer Consulta nº 24/2017” que dispõe sobre as equipes médico-cirúrgica para realização de remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Nessa Consulta a Sociedade Brasileira de Anestesiologista do Estado Espírito Santo (SAES) levantou diversos questionamentos, entre eles: 1) a realização de transplantes só pode ser realizada por equipes médico-cirúrgicas previamente autorizadas pelo órgão de gestão nacional do SUS, considerando ainda que cirurgias não são de urgência/ emergência; 2) a previsibilidade do profissional anestesiologista (composições das equipes mínimas de transplante a partir da Portaria nº 3.407/1998; 3) o fato do médico anestesiologista poder ser responsabilizado por “ilícito ético” pois é vedado ao médico assumir a realização de ato anestésico eletivo, quando em plantão de emergência, podendo acarretar sanções como pena de reclusão e multa (CRM-ES, 2017).

Mediante esses questionamentos da SAES, o CRM-ES baseando-se no que preceitua o Código de Ética Médica e demais normativas do CFM, por meio dos conselheiros pareceristas, publicou as seguintes respostas ao questionamento proposto. Em relação à primeira questão levantada:

Até a presente data não há nada na legislação (Parecer/Resolução) do Conselho Federal de Medicina e, portanto, vigente em território nacional que vede o profissional médico anestesiologista em regime de plantão de realizar procedimento médico de caráter eletivo. Cada Regional analisa a sua realidade, suas particularidades e edita suas resoluções e pareceres ao surgirem demandas e necessidades, salvo em situações em que o Conselho Federal já tenha editado alguma norma. Além disso, nenhuma

norma regional pode ser contrária às normas do CFM. Sendo assim, apesar de não existir uma resolução em nível federal, é razoável que o anestesiológico escalado para realização do procedimento não desfalque a equipe de urgência e emergência do hospital. No entanto, cada serviço deve se adequar de acordo com suas características internas para não comprometer o atendimento de urgência e emergência, bem como não postergar desnecessariamente a captação dos órgãos (CRM – ES, p. 4, 2017).

Em relação à segunda questão levantada sobre a previsibilidade do profissional anestesiológico nas equipes, a resposta dos pareceristas foi que o ideal é que cada Equipe de Transplante tenha como membro seu profissional anestesiológico, considerando a responsabilidade do ato e tempo dedicado, além de poder desfalcar o setor de urgência, caso tenha que fazer a cirurgia de doação (CRM-ES, 2017)

A Portaria é clara quando define equipe mínima e exige o anestesista, não há possibilidade de se compor uma equipe devidamente e legalmente autorizada se não houver indicação do anestesista. E, também, se houver um anestesista indicado e autorizado que declarou disponibilidade a qualquer momento, é dele a responsabilidade (CRM – ES, p. 7, 2017)

É importante ressaltar que esse Parecer 24/2017 também cita que nas cirurgias de captação de órgãos realizadas no Estado do Espírito Santo, é usual que a equipe de cirurgiões dirijam-se aos hospitais para remoção dos órgãos, mas que na maioria das vezes, essa equipe utiliza os cuidados anestésiológicos do anestesista de plantão do hospital (CRM-ES, 2017).

Em relação às penalidades abordada no terceiro questionamento:

Em tese, poderia sim incorrer em crime por não estar previamente autorizado (afinal, existe a obrigação do cadastro e a aprovação pelo Ministério da Saúde). Contudo, é necessário ressaltar que existe a possibilidade de ser responsabilizado pela demora na realização do transplante e pela não realização deste com a perda do órgão (CRM – ES, p. 7, 2017).

Conforme o exposto, essas ambiguidades de entendimento e opiniões permeiam a realidade não só do hospital pesquisado, mas num âmbito muito maior. Portanto, ainda são necessárias discussões sobre a temática a fim de que se chegue a um consenso que viabilize o processo de doação e captação de órgãos e tecidos de forma mais eficiente possível.

Por ora, partindo do princípio que tanto os Exames de Imagem quanto o Profissional Anestesista são substancialmente importantes para o processo de doação de órgãos, é imprescindível que a gestão se empenhe em resolver tais barreiras que além de causar a morosidade no processo mencionada pelos enfermeiros, pode acarretar em consequências irreversíveis como a perda do

órgão ou um transplante mal sucedido devido à qualidade desses órgãos. Cabe a gestão a contratação de profissionais qualificados e a responsabilidade de advertir o profissional em casos de omissão na prestação do serviço, assim como cita o Código de Ética Médico em seu Art. 1 “Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência (CFM, 2019, p. 21).

Outro aspecto apontado como um dificultador do processo de doação de órgãos é a “Logística” (categoria 4) entre hospital e equipe de captação, conforme pode ser visto nos trechos das entrevistas:

“Uma certa dificuldade que a gente tem, às vezes, é a questão da distância, do próprio órgão captador, porque eles (...) a sede não é de Cachoeiro, é em Vitória, então, às vezes, a gente deixa de captar órgãos por questões burocráticas, como distância, documentação, coisas desse tipo. Isso dificulta muito.” (Enf. 08)

“Outra coisa também é a demora da equipe para captar órgãos, sei que nossa logística não ajuda muito (...) o fato é que já teve família que desistiu do processo quando expliquei todo o processo de captação, achou muito demorado.” (Enf. 06)

“Tem famílias que questionam muito a demora da equipe para vir captar os órgãos, às vezes a família é de fora, aí é pior ainda.” (Enf. 02)

Conforme citado na metodologia deste estudo, o local onde se realizou esta pesquisa é no sul do Estado do Espírito Santo e a CET localiza-se na capital, na grande Vitória. A distância entre o hospital e a Central é de aproximadamente 140 km. Na maioria das vezes, a equipe de captação chega ao hospital por via terrestre o que dá aproximadamente 2h22min. Ressalta-se que o transporte aéreo é muito ruim em Cachoeiro de Itapemirim. O município conta com um Aeroporto de pequeno porte com muitas restrições de pousos, visto as precárias condições de manutenção e conservação que ele se encontra, não sendo possível, por exemplo, aterrissagens durante a noite devido à falta de sinalização e iluminação do local. Portanto, o transporte aéreo só ocorre em casos esporádicos, como, por exemplo, o órgão a ser transportado tem um tempo menor de atividade fora do corpo humano, como é o caso do coração. Informa-se ainda que, em casos em que não há receptores compatíveis na lista de espera no Estado, o órgão é remanejado para outros Estados, e nesses casos, o órgão é transportado via terrestre até o Aeroporto de Vitória e de lá segue para seu destino no transporte aéreo.

Os entrevistados também abordaram que a “Família” (categoria 5), as vezes também se constitui como uma dificuldade no processo:

“Uma dificuldade que vejo é em relação a algumas famílias que por questões religiosas, de crenças, não aceitam, apesar de a gente passar todo o protocolo.” (Enf. 08)

“Outra situação é a família que não tem conhecimento do assunto de doação de órgãos, não sabe se o paciente era doador, não falo nem por questões religiosas, porque percebo que religião não é o problema.” (Enf. 07)

“Tem o problema das famílias que não compreendem muito bem o diagnóstico de ME. Aí fica falando que o paciente vai ressuscitar, isso é mais comum nas pessoas da religião XXX.” (Enf. 06)

“Tem família que não recebem muito bem a notícia de ME e já teve caso de família acionar até advogado.” (Enf. 03)

Se a família perceber que os profissionais estão inseguros no que estão falando, a família fica insegura também.” (Enf. 07)

Os enfermeiros frisaram bem que essas dificuldades giram em torno da falta de conhecimento do que trata a ME assim como do processo de doação. As crenças religiosas dos familiares também foram mencionadas, mas em menor proporção. De acordo com Santos e Massarollo (2011) os aspectos que dificultam o processo, no que tange aos familiares, trata-se do pouco esclarecimento dos familiares em relação a ME, a assistência dispensada aos familiares durante o processo, o momento da entrevista, a postura do entrevistador e a inexistência prévia de diálogo entre os familiares sobre a questão da doação de órgãos. Se for considerado que o diagnóstico de ME divide opiniões até entre os profissionais de saúde, é considerável compreender a dificuldade de entendimento desse diagnóstico por parte dos familiares e pessoas leigas.

Em relação às crenças religiosas abordadas em menor proporção pelos entrevistados, mas também de grande importância para esta pesquisa, estudos mostram que assim como esses resultados mostraram, as crenças religiosas, de modo geral, não estão entre os principais motivos da recusa na doação. De acordo com Sá (2002) as crenças culturais são as que mais se opõem à doação, culturalmente falando, o conceito de ME não é bem compreendido e aceito pela sociedade. De acordo com esse autor, a doação é vista como um ato de generosidade entre as principais crenças religiosas do nosso país, como o catolicismo, budismo, hinduísmo, islamismo e protestantismo. Para Sadala (2001) o ato de doar tem um significado místico e religioso também por conceder a continuidade da vida de outras pessoas.

Um levantamento realizado por Ferrazzo et al. (2011) em várias pesquisas de diversos autores, demonstrou que nenhuma religião proíbe a doação de órgãos, o que acontece é que alguns líderes religiosos possuem informações contraditórias ou insuficientes sobre o assunto. Mesmo com essas desinformações e contradições, Gualandro et al. (1997) acentuam que há um consenso entre os religiosos de que a religião precisa acompanhar os avanços da Medicina.

Retomando às categorias, um entrevistado (Enf. 02) ressaltou, bem enfaticamente, a sobrecarga dos enfermeiros durante todo o processo de doação. Conforme apontado por ele, em diversos momentos do processo, o enfermeiro precisa lidar com situações que poderiam ser melhor manejadas se realizadas por profissionais do Serviço Social (categoria 6), conforme exemplificado com um caso real por esse entrevistado.

“Durante o processo, a família nos procura muito (...) querem o corpo, é muito difícil porque a gente não tem muito tempo e ainda tem que ficar dando essa assistência para família, como ver local para as famílias ficarem enquanto esperam, como local para passar a noite (...). Tudo isso fica para a enfermagem (...) a enfermagem já fica com o protocolo junto com o médico, na manutenção do potencial doador, na entrevista e ainda precisa ficar dando informações e acolhendo a família (...), ficamos sobrecarregados e não conseguimos dar a assistência que a família precisa (...) acho que em muitas coisas do protocolo poderíamos ter a ajuda do serviço social. Uma vez confirmou a morte do paciente no plantão da tarde (...), aí informamos a família que estava no hospital, a família era de fora e aí o hospital deixa eles se hospedarem em um quarto particular até finalizar todo o processo de doação. Então fui lá já era de madrugada falar que o paciente ia poder ser doador (...) só sei que a doação foi finalizada no dia seguinte à tarde. (...) e eu que tive que fazer desde os procedimentos com o potencial doador até dar a assistência a essa família que estava hospedada no hospital.” (Enf. 02)

De acordo com o entrevistado, além de sobrecarregar a equipe de enfermagem, ainda faz com que a família não tenha o acolhimento e assistência necessários para o momento. E, conforme apontado por Carvalho (2016) o acolhimento é fundamental na aceitação ou recusa da doação.

Conforme a Portaria nº 2.600/2009 as equipes mínimas das CIHDOTT's devem ser formadas por profissionais de saúde. Assim, de acordo com a Resolução nº 383/1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 1999) o assistente social é um profissional de saúde, portanto, poderia integrar as equipes das CIHDOTT's, assim como ocorre em outros hospitais do Brasil. Marques e Nascimento (2016) destacam a importância desses profissionais durante o processo de doação de órgãos, tendo como objetivo acompanhar a família, esclarecer dúvidas, refletir com a família a importância da doação e permitir a escolha voluntário de doar ou não. Assim, um dos objetivos principais do Serviço Social na equipe seria contribuir para o aumento da doação de órgãos e tecidos.

Nesse contexto, Fernandes et al. (2015) afirmaram que o acolhimento é recomendado como uma parte da assistência, sendo realizado, portanto, por profissionais do serviço social. As autoras ainda salientam que cabe ao assistente social “identificar as condições sociais da família prestando apoio sócio assistencial, atuando como elo entre os membros da equipe de captação para garantir que a família tenha melhor compreensão das informações procedentes” (p. 896).

Conforme exposto pelos profissionais entrevistados, eles se sentem sobrecarregados com tantas atividades a serem realizadas durante o processo de doação de órgãos e pelo que pontuaram os autores acima citados, parte dessas atividades realizadas por eles, poderiam ser executadas por profissionais do Serviço Social.

Aproveitando o gancho em que os profissionais citam essa sobrecarga, a última categoria dessa seção denota sobre o próprio “Protocolo de doação” (categoria 7) que impele diversos conflitos bioéticos no processo de doação de órgãos, conforme pode ser visto nos trechos seguintes:

“A dificuldade é na extensão do protocolo, ele é muito grande, muitas tarefas a serem executadas no plantão e ainda tem os outros pacientes para atender.” (Enf. 02)

“O protocolo é a dificuldade (...) envolve muitas pessoas e a gente não tem só esse paciente no setor. É um protocolo difícil desde sua abertura até sua conclusão, por exigir muito da gente (...) e por questões burocráticas.” (Enf. 01)

Isso porque de acordo com os enfermeiros entrevistados, bem como, com o referencial teórico até aqui abordado, esse protocolo é extenso e demorado. Não se pretende aqui tecer considerações novamente sobre o protocolo, haja vista que essas informações já foram explicitadas em capítulo específico, apenas corroborar que as etapas do protocolo tais como: identificação de pacientes com critérios clínicos de ME; diagnóstico de ME; avaliação clínica e laboratorial; manutenção do potencial doador; acolhimento; entrevista familiar (MATTIA, 2010), entre outras, causam desgaste na equipe e sobrecarga porque além de desempenhar essas funções previstas no protocolo, na grande maioria das vezes, precisa “dar conta” das demandas dos outros pacientes do setor, realidade esta encontrada no hospital pesquisado.

5.2 TOMADA DE DECISÃO FRENTE A SITUAÇÕES DE CONFLITOS BIOÉTICOS

Na segunda questão norteadora, os entrevistados foram questionados sobre a tomada de decisão quando se deparam com situações conflituosas como as apontadas por eles na questão anterior e discutidas acima. De acordo com as repostas dadas por eles e transcritas por esta pesquisadora, obteve-se as seguintes categorias:

- **Recorrem a quem tem mais experiência (8):** nesta categoria estão as respostas dos enfermeiros que recorrem a outras profissionais com mais experiência no protocolo de doação de órgãos para tomarem decisões a partir da percepção de um conflito bioético;
- **Recorrem aos superiores (9):** essa categoria corresponde às respostas dos enfermeiros que recorrem à profissionais que estão em uma posição mais elevada quando diante da necessidade de tomarem decisões mediante a um conflito bioético;
- **Aguarda o próximo plantão (10):** nesta categoria estão as respostas dos enfermeiros que aguardam a mudança de plantão quando diante de algum conflito bioético;
- **Questiona o médico (11):** nessa categoria estão os profissionais que questionam com o médico mediante uma dificuldade.

De acordo com a análise das respostas dos enfermeiros entrevistados, observou-se que 40% deles, ao se depararem com conflitos bioéticos envolvendo o processo de doação de órgãos recorrem à quem tem mais experiência (Categoria 8) para tentar resolvê-los, conforme pode ser visto nos trechos das entrevistas abaixo:

“Vou ver com o outro plantonista (...) um plantonista mais experiente.” (Enf. 10)

“Eu geralmente busco ajuda da minha colega de plantão que é mais experiente.” (Enf. 03)

“Quando a gente tem esse tipo de conflito a gente procura um médico que já está mais acostumado a abrir esses protocolos (...) e também para intervir nessas situações de conflito.” (Enf. 09)

“Eu recorro aos colegas de plantão que têm mais experiência que eu.” (Enf. 05)

É importante ressaltar que, conforme destacado pelos entrevistados, essa experiência não está relacionada ao tempo de serviço na função especificamente, mas à experiência na participação de processos e protocolos de doação de órgãos. Fazendo um contraponto com o perfil desses entrevistados, citado no início dessa análise de dados, 60% dos enfermeiros que participaram da pesquisa declarou ter participado de 1 à 5 processos de doação até o momento da entrevista. Isso demonstra que mesmo com participação em outro(s) processo(s) de doação e contando com um criterioso protocolo a ser seguido, os enfermeiros se deparam com situações que precisam buscar orientações de outras formas. Assim, ao refletir melhor sobre a especificidade humana, faz-se necessário questionar se algum protocolo conseguiria estabelecer um procedimento operacional que previsse 100% das possíveis situações em casos de doação de órgãos. Isso demonstra o qual mutável são esses instrumentos, portanto, entende-se que sua construção deve ser contínua a partir de discussões e planejamentos, envolvendo os diversos profissionais que atuam nesse cenário.

Além de recorrer aos mais experientes, 70% dos entrevistados declararam que, em caso de conflitos bioéticos, recorrem também aos superiores (Categoria 9), principalmente quando esse conflito envolve a equipe médica.

“A gente tem a CIHDOTT no hospital a quem recorrer nesses casos, é quem dá o apoio a gente. A coordenadora mesmo se disponibiliza no final de semana, caso a gente tenha alguma dúvida ou dificuldade.” (Enf. 01)

“Eu sempre passo as dificuldades para a coordenadora da CIHDOTT, mas eu vejo o quanto ela sofre também com esses tipos de coisas. E tem coisas que não é para a enfermagem resolver (...) muitos desses conflitos envolve os médicos e a gente tem que ficar dando jeitinho pra resolver.” (Enf. 02)
“Geralmente eu passo para a enfermeira coordenadora da CIHDOTT, geralmente ela fica presente em todos os processos (...) eu só tomo partido quando tem enfermeiro novo ou a coordenadora está de férias. Quando era o outro coordenador dos médicos da UTI eu me dirigia a ele. Quando o problema é com o anestesista encaminhamos para a direção do hospital e também encaminhamos o problema ao CET, eles têm ajudado bastante, aí a Central liga para o hospital, para o superintendente do Estado e aí vai tomando proporções maiores para resolver o problema (...) a Central ajuda muito nesse aspecto.” (Enf. 04)

“Eu passo tudo o que aconteceu para a enfermeira (...) coordenadora da CIHDOTT.” (Enf. 10)

“Passamos a situação para o Dr. (...) e para a enfermeira (...) coordenadora da CIHDOTT e eles levam pra direção, para o coordenador médico da UTI, mas percebemos que não temos muito apoio. Sempre ouvimos que a CIHDOTT é prejuízo para o hospital, mas é obrigatório, parece que eles não entendem.” (Enf. 06)

“Eu sempre recorria ao Dr. (...) coordenador médico da UTI que saiu há 4 meses de lá. Ele nos apoiava, brigava com os médicos que não queriam abrir protocolo, mais agora esse novo

coordenador médico não quer nem saber, não adianta falar com ele. E a Dra. (...) médica da CIHDOTT, acho que ela cansou de ficar brigando sozinha e nada resolver.” (Enf. 07)

De acordo com Tolfo (2015), no decorrer do trabalho do enfermeiro membro da CIHDOTT muitas situações desconfortáveis podem surgir que exigem dele habilidades que vão além das que exigem sua profissão, habilidades de enfrentamento de conflitos, principalmente dos que podem surgir entre os membros das equipes assistenciais.

Historicamente, a Medicina mantém enraizada a imagem de detentora de saber absoluto na área da saúde, isso pode gerar conflitos de interesse entre as equipes médicas e demais profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros. Nos casos especificamente de ME, os enfermeiros precisam assegurar rotinas de manutenção de pacientes estabelecidas no protocolo e, muitas vezes, isso gera dificuldades de aceitação de sugestões de profissionais não médicos pela equipe médica (TOLFO, 2015).

De acordo com Costa et al. (2008) o conhecimento adquirido pelos enfermeiros e empenhados nas suas rotinas diárias faz com ele estranhe aquilo que é apresentado como normal, assim, esse conhecimento causaria mal estares e conflitos nas relações de poder, saber e subordinação entre as equipes multiprofissionais tão presentes nas falas dos enfermeiros que participaram dessa pesquisa. Nas diversas formas de se fazer valer essas relações de poder, cotidianamente se faz necessário, de acordo com eles, recorrer às relações de poder institucionalizadas como a direção do hospital e a própria CET para intervir na situação conflituosa.

Algumas dificuldades apresentadas pelos enfermeiros estão também relacionadas às questões burocráticas que limitam suas ações. Um exemplo apresentado por um dos pesquisados é que muita coisa que é atribuída como função do enfermeiro depende de um carimbo médico para acontecer (Enf. 05).

Os enfermeiros mencionaram ainda situações de desvalorização e desânimo por parte da coordenadora da CIHDOTT e médica também dessa Comissão. Essa situação também foi encontrada por Tolfo (2015) que destaca que apesar de todos os avanços na área da saúde, as relações entre médico e enfermeiro continuaram estagnadas, pois na prática, continuaram as discrepâncias entre poder e subordinação.

Outra medida tomada pelos entrevistados frente aos conflitos bioéticos, ainda que em menor proporção (20%), é aguardar a troca de plantão (Categoria 10):

“O melhor a ser feito é esperar o próximo plantão quando o conflito envolve o plantonista médico.” (Enf. 06)

“Quando a dificuldade é com o neuro, aí eu deixo pra lá (...) espero o próximo plantão para mudar de médico.” (Enf. 07)

Além de causar morosidade no processo, essa atitude ainda pode acarretar em grandes consequências como a perda do potencial doador ou da qualidade desses órgãos.

Conforme pode ser visto no trecho da entrevista abaixo, apenas um participante (Enf. 03) relatou questionar o médico (Categoria 11) quando julga que a conduta médica não está de acordo com o protocolo.

“Eu costumo, às vezes, questionar o médico, por exemplo, quando vejo que tem alguma coisa fora do protocolo (...) é isso, eu questiono a conduta.” (Enf. 03)

Essa falta de representatividade na enfermagem de profissionais contestadores reforça o que já foi mencionado sobre as relações de poder e submissão nesses espaços. Nesse mesmo viés, uma pesquisa realizada por Silva (2006) com médicos e enfermeiras de várias entidades hospitalares de São Paulo, mostrou que entre os médicos pesquisados escancarava-se essa disputa por poder, demonstrando que os médicos têm dificuldades de dividir o espaço com outros profissionais de saúde. Uma fala que chamou bastante a atenção e exemplifica essa relação de poder no contexto hospitalar pesquisado por Silva (2006) foi a seguinte frase de um médico: “*Imagine elas quererem ter o mesmo poder que os médicos*” (p. 137).

Diante desse contexto apresentado por Silva (2006) e pelos dados desta pesquisa que subscreve esta autora, é possível perceber a relação de poder que impregnam esses espaços, e nessa relação, unanimemente o médico continua sendo o que detém o poder justificado por seu conhecimento enquanto os demais profissionais de saúde ocupam a posição de submissão também justificado pelo maior conhecimento médico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer desta pesquisa, foi perceptível os conflitos bioéticos vivenciados por enfermeiros no cotidiano do processo de captação de órgãos de um hospital filantrópico. Foi constatado que havia muitas queixas de conflitos, sendo em maior proporção as referentes à conduta da equipe médica.

Assim, ao analisar cada uma das falas que evidenciam condutas médicas como motivadoras de conflitos, foi revelado um cenário preocupante, com denúncias graves e conflitos de poder. Estes resultados confirmam a hipótese inicial de que os enfermeiros se deparam com diversos conflitos bioéticos no decorrer do processo de doação de órgãos.

A análise permitiu concluir que não estava bem claro para as equipes médicas do hospital pesquisado as questões burocráticas do processo, como protocolos de diagnóstico de ME e protocolos de cuidados com o possível doador. Pelo conteúdo das falas dos enfermeiros, parece não ser algo claro para as equipes quando e como abrir protocolos, naturalizando, assim, algumas práticas. O médico naturaliza a prática de deixar a abertura do protocolo para o próximo plantão, em contrapartida, os enfermeiros naturalizam a prática de também não insistir com determinados especialistas e, assim como os médicos, os enfermeiros também naturalizam a prática de recorrer a outros plantões com profissionais mais experientes.

Frente a esses resultados, abriram-se as discussões sobre o diagnóstico de ME, alvo de tantos conflitos bioéticos. Assim como destacaram os enfermeiros que participaram da pesquisa e a literatura levantada para esse estudo, o processo de diagnóstico é extenso por ter várias etapas, cansativo por exigir muito dos profissionais envolvidos e cheio de particularidades que se não seguidas à risca, podem deixar dúvidas quanto à constatação do óbito. Diante dessas discussões está a complexidade do trabalho do médico como o único com competência para fazer esse diagnóstico.

No início deste estudo, o ponto de partida para tantos conflitos envolvendo a demora na abertura de protocolos e diagnósticos de ME estivessem relacionados ao pouco conhecimento médico sobre protocolos de abertura e diagnóstico. Contudo, após as leituras, surgiu também mais uma hipótese que complementa a inicial e que poderia ser melhor analisada numa pesquisa futura com os profissionais médicos, a hipótese de que, assim como recaí sobre o médico a

competência de diagnosticar a ME, também recai sobre ele a responsabilidade, caso surja alguma dúvida em relação à constatação do óbito.

Quando se leva em consideração que os protocolos não são imutáveis e estão em constantes atualizações, faz-se necessário pensar que talvez esses instrumentos não sejam capazes de prever 100% das situações percebidas pelos médicos diante do paciente com suspeita de ME. A isso pode estar relacionado o medo e a insegurança por parte de alguns médicos, conforme apontado pelos enfermeiros durante a entrevista.

Cabe mencionar que o objetivo dessa pesquisa não foi culpabilizar a equipe médica pelos conflitos bioéticos vivenciados pelos enfermeiros ou, ainda, pelo número de doações, mas esclarecer que os conflitos bioéticos precisam ser entendidos sob uma perspectiva mais ampla, que não seja visto como um problema de ordem pessoal de determinado profissional, mas numa perspectiva muito maior que envolve consequências irreparáveis ao potencial doador e no receptor.

Outro aspecto que suscitou reflexões nesta pesquisa foram os problemas de gestão hospitalar, especificamente nos exames de imagem e no profissional anestesista. Conforme visto na pesquisa é necessário o exame de imagem para que se possa abrir o protocolo de ME, assim como, é necessário o profissional anestesista para a captação dos órgãos. Sendo esses dois procedimentos/profissionais substancialmente importantes para o processo, torna-se imprescindível a tomada de atitude da gestão no sentido de resolver esses “impasses” que causam morosidade e conflitos no processo.

Ainda, torna-se necessário repensar as relações de poder e submissão nesses espaços. Pesquisas realizadas no campo da medicina e da enfermagem levantadas para esse estudo já apontavam as disputas de poder nesse contexto e demonstravam a dificuldade dos médicos em dividir o espaço com outros profissionais de saúde. E nesta pesquisa ficou evidente essa relação de poder no universo pesquisado. Enfermeiros que se sentem acuados ao cobrar dos médicos procedimentos previstos nos protocolos.

O modo de funcionamento do hospital pesquisado também sofreu grande impacto com a pandemia do Covid-19. O hospital tem recorrido constantemente a profissionais com pouca ou nenhuma experiência com a finalidade de atender às demandas que só crescem. Desse modo,

cabe considerar que, conforme destacam os profissionais pesquisados, muitos enfermeiros sem experiência têm contribuído para essa realidade apresentada de conflitos e morosidade. Eles destacam também que alguns enfermeiros mesmo tendo experiências, não se interessam pelo desenvolvimento do protocolo, alguns médicos não têm interesse em fazer a abertura do protocolo, considerando que quando ele é feito, recai sobre os enfermeiros muitas atividades a serem executadas, como manutenção do potencial doador, entrevistas, entre outras.

Além dessas questões, a pesquisa destaca a incapacidade do hospital pesquisado de atender todas as demandas de UTI incluindo agora as demandas de pacientes com Covid-19. Conforme apresentado nesta pesquisa, o hospital é referência em urgências e emergências e também referência no tratamento da Covid-19. Com frequência, o hospital fica sem leitos de UTI sendo necessário encaminhar pacientes para a central de regulação de vagas. Portanto, se a abertura de protocolos de ME não forem abertos assim que constate a suspeita, postergando para plantões seguintes, com o passar do tempo, serão necessários mais e mais leitos de UTI para atendimento das demandas.

Outra questão pertinente é que naturalizar a prática de deixar a abertura de protocolo para o plantão seguinte, intencionando não obter para si a responsabilidade, seja por falta de conhecimento, falta de tempo, medo ou insegurança, aumentará, continuamente, os gastos com a contratação de profissionais para a manutenção desses pacientes, maior probabilidade de rejeição nos transplantes, além de engrossar a fila de pacientes aguardando transplante. O investimento em profissionais de saúde é e sempre será necessário, porém, todo e qualquer investimento precisa ser feito de forma que efetive as políticas públicas de saúde e tenha um retorno desse investimento, sobretudo na qualidade de vida e porque não, qualidade de morte.

Há muito ainda o que se refletir e acrescentar sobre os conflitos bioéticos enfrentados por enfermeiros. Contudo, a urgência é não continuar permitindo que conflitos como os mencionados nesta pesquisa, inviabilizem a doação ou causem desgastes emocionais e físicos nas equipes. Faz-se necessário também um trabalho de sensibilização com os profissionais de saúde numa perspectiva que não engloba somente o cumprimento de legislações, mas, sobretudo, que vise a doação como um ato de humanidade.

Que este espaço de reflexão das práticas dos profissionais envolvidos no processo de doação de órgãos agregue novos olhares sobre as práticas e o próprio contexto onde estão inseridos.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. C. L. A Unidade de Terapia Intensiva. In: In: CHEREGATTI, A. L., AMORIM, C. P. (Org.). **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: Martinari, 2015, 2ª Edição. p. 15 - 39.

ALMEIDA, K. C. de.; et al. Doação de órgãos e bioética: construindo uma interface. **Rev. bras. enferm.** vol.56, nº.1. Brasília Jan./Feb. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000100004. Acesso em: 12 mar. 2021.

ANDRADE, V., PADILHA, K.G, KIMURRA, M. **Seguimento dos enfermeiros egressos dos cursos de especialização em enfermagem em cuidados intensivos**. Rev. Latino-am Enfermagem. 1998 julho, 6(3): 23-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000300004. Acesso em: 12 jan.2021.

ANDRADE, A. F, et al. Propostas para revisão dos critérios clínicos de morte encefálica. **Rev Med.**86(3):132-7, 2007. Disponível em: http://medicina.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_102_132-137%20863.pdf. Acesso em: 06 mar. 2021.

ANZICS. Australian and New Zealand Intensive Care Society. **The ANZICS Statement on Death and Organ Donation**. Melbourne: 3.2 ed., 2013. 68p.

ARAÚJO, M. N.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros no processo de doação de órgãos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 215-220, 2014. Disponível em: <http://rmmg.org/exportar-pdf/2436/v28s5a09.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS – ABTO. **Registro Brasileiro de Transplantes (RBT)**, ano XXIV, n. 4, 2018. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv_RBT-2018.pdf. Acesso em: 10 abr. 2019.

_____. **Registro Brasileiro de Transplantes (RBT)**, ano XXV, n. 4, 2019. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2016/RBT2016-leitura.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2021.

_____. **Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos**. São Paulo, 2009. Disponível em <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/pdf/livro.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BEECHER, H. Ethics and clinical research. **The New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 274, n. 24, p. 1354-1360, 1996.

BIGARAN, M. O enfermeiro na manutenção do potencial doador. **Rev. Eletrônica Acadêmica da FALS (REVELA)**. Ed. 23, p. 203-214, 2018. Disponível em: http://www.fals.com.br/revela/revela026/ed23/ed_23_16.pdf. Acesso em: 04 mar. 2021.

BITTENCOURT, A. G. V., et al. Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre morte encefálica. **Rev Bras Terap Intens**. 2007;19(2):144-50. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2007000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL **bate recorde em doação de órgãos**. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicações/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&cid_area=124&CO_NOTICIA=12289. Acesso em: 09 abr. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: 1988. Disponível em: <http://senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em: 27 fev. 2020.

_____. **Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017**. Revoga o Decreto n. 2.268 de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília: 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9175.htm. Acesso em: 27 fev. 2020.

_____. **Lei nº 5.479, de 10 de Agosto de 1968**. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências. Brasília: 1968. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm. Acesso em: 27 fev. 2020.

_____. **Lei nº 8489, de 18 de Novembro de 1992**. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências. Brasília: 1992. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=703618F6B0398F5410D829B840E77C1F.proposicoesWeb1?codteor=250344&filename=LegislacaoCitada+-PL+4394/2004. Acesso em: 27 fev. 2020.

_____. **Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997**. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 5 fev. 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm. Acesso em: 27 fev. 2020.

_____. **Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001**. Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília: 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10211.htm. Acesso em: 20 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.752, de 23 de setembro de 2005**. Aprova o regulamento técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Diário Oficial da União. 27 set. 2005.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1752_23_09_2005.html. Acesso em: 28 fev. 2020

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.262, de 16 de junho de 2006**. Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Diário Oficial da União. 19 jun. 2006; seção 1:41-4. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1262_16_06_2006_comp.html. Acesso em: 28 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.600, de 21 de outubro de 2009**. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Diário Oficial da União 2009a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html. Acesso em: 28 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.601, de 21 de outubro de 2009**. Institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos – OPO. Diário Oficial da União. Brasília: 2009b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2601_21_10_2009.html. Acesso em: 28 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 845, de 2 de Maio de 2012**. Estabelece estratégia de qualificação e ampliação do acesso aos transplantes de órgãos sólidos e de medula óssea, por meio da criação de novos procedimentos e de custeio diferenciado para a realização de procedimentos de transplantes e processo de doação de órgãos. Diário Oficial da União. Secao1: 31-34. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0845_02_05_2012.html. Acesso em: 28 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Revoga Portaria nº 2600/GM/MS, de 21 de outubro de 2009. Diário Oficial da União, 2017b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 28 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.173 de novembro de 2017**. Define os critérios de diagnóstico de morte encefálica. Brasília: 2017c. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 3.407, de 05 de agosto de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplantes e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes. Diário Oficial da União. Brasília: 1998. Disponível em: https://www.adote.org.br/assets/files/portaria_3407.pdf. Acesso em 16 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 26 Mar 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 25/2020 de 25 de março de 2020.**

Critérios técnicos para triagem clínica do coronavírus (SARS, MERS, SARS-CoV-2) nos candidatos à doação de órgãos e tecidos e para manejo do paciente em lista de espera e do transplantado. Brasília:2020. Disponível em:

<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/26/Nota-Tecnica-Criterios-Tecnicos-para-triagem-clinica-do-coronavirus-SARS-MERS-SARS-CoV-2-candidatos-a-transplantes.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 34/2020 de 22 de abril de 2020.** Atualiza as orientações da Nota Técnica Nº 25/2020 alterando os critérios técnicos para triagem de candidatos à doação de órgãos e tecidos e para manejo do paciente em lista de espera, frente à pandemia de coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em:

<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/4048533/4920270/Nota+T%C3%A9cnica+Conjunta+n%C2%B0+34+de+2020.pdf/e021dfe8-3247-4924-9921-e60455359262>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRAUNER, M. C. C. **Direito, sexualidade e reprodução humana: conquistas médicas e o debate bioético.** Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

CARVALHO, A. L. de. Ensaio de acolhimentos a família doadora de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 26 (Supl 5): 83-89, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/CONSUL~1/CAN/AppData/Local/Temp/v26s5a11.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2021.

CASTELLI, I.; JUNIOR, A. L. C. Profissionais de saúde e o diagnóstico de morte encefálica: uma revisão. **Revista Espacios**, v. 39, n. 7, p. 6, 2018. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a18v39n07/a18v39n07p06.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2019.

CASTRO, M. F. S. et al. Conhecimento e atitude dos enfermeiros frente ao processo de doação de órgãos. **Rev Med Minas Gerais**, v. 28, n. Supl 5, 2018.

CAVALCANTI, V. G. S., VIANA, L. O., GARCIA, N. I. **As especialidades e os nexos com a formação contínua do enfermeiro: repercussões para a atuação no município do Rio de Janeiro.** *Enfermería Global*. 2010; 19. Disponível em:http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/pt_revision3.pdf. Acesso em: 16 jan. 2021.

CLAUSELL, N. O. et al. Manutenção de doadores de órgãos. In: **Rotinas em terapia intensiva.** 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 543-9.

CIOATTO, R. M.; PINHEIRO, A. A. G. Transplantes de Órgãos Humanos no Brasil: a temática não pode ser declarada morta. **Revista Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 18, n. 3, 2017. Disponível em:<https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1130> Acesso em: 08 jan. 2021.

COELHO, G. H. de F.; BONELLA, A. E. Doação de órgãos e tecidos humanos: a transplantação na Espanha e no Brasil. **Revista Bioética**, v. 27, n. 3, p. 419-429, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422019000300419. Acesso em: 08 jan. 2021.

CONCEIÇÃO, A. M, et al. Morte encefálica: um conceito a ser difundido. In: DA, L. Morte cerebral e doação de órgãos. In: SCHELL, H. M, PUNTILHO, K.A. **Segredos em enfermagem na terapia intensiva**. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 490-3

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **RESOLUÇÃO n° 292**. Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos.2004. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2922004_4328.html. Acesso em: 2 nov. 2018.

_____. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Comissão de Business Intelligence. 2011. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Resolução CFM n°. 1.346**, Dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. DOU, Brasília, 17 de outubro de 1991; Seção 1, p. 22731. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1991/1346_1991.htm. Acesso em: 07 mar. 2021.

_____. **Resolução CFM n° 1480**. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Diário Oficial da União. Brasília, 1997. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=3004&tipo=R ESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1480&situacao=VIGENTE&data=08-08-1997>. Acesso em: 08 jan. 2021.

_____. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM n° 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM n° 2.222/2018 e 2.226/2019 / Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. 108 p. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2021.

_____. **Resolução n° 2173**. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Diário Oficial da União. Brasília, 2017. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA – CRM. **Parecer Consulta n° 24**. Composição da equipe médico-cirúrgica para realização de remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Vitória, 2017. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/ES/2017/24_2017.pdf. Acesso em: 28 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Resolução n° 383**. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao38399.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2021.

CORTELLA, M. S. **Qual é a tua obra?** Inquietações, propositivas sobre gestão, liderança e ética. Petrópolis: Vozes, 2009.

CORTINA, A. **Ética**. São Paulo: Loyola: 2005.

COSTA, C. R.; COSTA, L. P.; AGUIAR, N. A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. **Revista bioética**, v. 24, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/1983-8034-bioet-24-2-0368.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2021.

COSTA, R. et al. Foucault e sua utilização como referencial na produção científica em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.4. out. dez. 2008. Disponível: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 mar. 2021.

DELMONICO, F.L. Cadaver donor screening for infectious agents in solid organ transplantation. **Clin Infect Dis**, v. 31, n. 3, p.781-786, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11017830/>. Acesso em: 11 jan. 2021.

DINIZ, D. GUILHEM, D. **O que é bioética**. Ed. Brasiliense: São Paulo. 1ª ed., 2002.

DOMÍNGUEZ, G.B., et al. The critical pathway for deceased donation: reportable uniformity in the approach to deceased donation. **Transpl Int**, v. 24, n. 4, p. 373-378, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21392129/> Acesso em: 05 jan. 2021.

DORIA, D. L. et al. Conhecimento do Enfermeiro no Processo de Doação de Órgãos. **Enfermagem em Foco**, Sergipe, v. 6, n. 1, p.31-35, dez. 2015. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/573/255>. Acesso em: 25 jul. 2019.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Balance de actividad de la Organización Nacional de Trasplantes en 2017. Madrid: MSSSI. Disponível em: <http://www.ont.es/Documents/Datos20172018ENE11.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2021.

FERNANDES, M. E. N. et al. Vivenciando a doação de órgãos: sentimentos de familiares pos consentimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 23(5):895-901, set.-out. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00895.pdf. Acesso em: 03 mar. 2021.

FERRAZZO, S. et al. Crença religiosa e doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem**, Santa Maria, v. 1, n. 3, p. 449-460,2011. Disponível em: <file:///C:/Users/CONSUL~1.CAN/AppData/Local/Temp/2790-17938-1-PB.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2021.

FILHO, J. B. S. et al. Enfermagem e a Sensibilização de Famílias na Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**. Recife, 10(Supl. 6):4902-8, dez., 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/CONSUL~1.CAN/AppData/Local/Temp/11271-25474-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

FIOCRUZ. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem**: diagnóstico da profissão aponta concentração regional, tendência à masculinização, situações de desgaste profissional e subsalário. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz, 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html. Acesso em: 13 jan. 2021.

FREIRE, I. L.S. Facilitating and barriers in the effectiveness of donation of organs and tissues. **Text Context Nursing**, v. 23, n. 4, p. 925-934, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/0104-0707-tce-23-04-00925.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2021.

FREIRE, S.G. Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. **Esc. Anna Nery**, v. 4, n. 16, p. 761-766, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400017. Acesso em: 11 jan. 2021.

FUENZALIDA, F. G.; COHENS, F.G. Analysis of organ donation for transplantation in Chile during 2017. **Rev méd Chile**, v. 146, n. 5, p. 547-554, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30148917/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

GALINDO, I. S. et al. Enfermeiro intensivista: processo de formação profissional. *Rev. Enferm. UFMS – REUFMS Santa Maria, RS*, v. 9, p. 1-20, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34763/html>. Acesso em: 16 jan. 2021.

GALVÃO, F. H. F., et al. Conhecimentos e opinião de estudantes de medicina sobre doação e transplantes de órgãos. **Rev Assoc Méd Bras**. 2007;53(5). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302007000500015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 jan. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: 6.ed., 2017. 192 p.

GLEZER, M. Morte encefálica. **Rev. Einstein**. 2004; 2(1):52-4. Disponível em: [http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Vol2Num1/EMC%20=%20%20Morte%20Encefalica%20\(%20Milton%20\).pdf](http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Vol2Num1/EMC%20=%20%20Morte%20Encefalica%20(%20Milton%20).pdf). Acesso em: 06 mar. 2021.

GOLDIM, J. R. Bioética: origens e complexidade. **Rev HCPA**. 26(2), 2006, 86-92p. Disponível: <file:///C:/Users/Pc/AppData/Local/Temp/100251-409748-1-SM.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

GOIS R. S. S., et al. Efetividade do processo de doação de órgãos para transplantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 6, p. 621-627, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n6/0103-2100-ape-30-06-0621.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2021.

GRACIA, D. **Pensar a Bioética**: metas e desafios. São Paulo: Loyola, 2006.

GROOT DE, Y.J., et al. Imminent brain death: point of departure for potential heart-beating organ donor recognition. **Intensive Care Med**, v. 36, n. 9, p. 1488-1494, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20232039/>. Acesso em: 05 jan. 2021.

GUALANDRO, D. M. **Nova Lei dos Transplantes: a percepção de populares e de religiosos**. *Arq méd ABC*. 1997; 1 (2): 15-21.

GUETTI, N. R.; MARQUES, I.R. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 1, p. 91-97, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/14.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2021.

HIRSCHHEIMER, M.R. Morte encefálica e doação de órgãos e tecidos. **Resid Pediatr**, v. 6, n. 1, p. 29-45, 2016. Disponível em: <http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/234/morte-encefalica-e-doacao-de-orgaos-e-tecidos>. Acesso em: 05 jan. 2021.

LAGO, P. M, et al. Morte encefálica: condutas médicas adotadas em sete unidades de tratamento intensivo pediátrico brasileiras. *Pediatri*. 2007; 83(2):133-40. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572007000200007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06 fev. 2021.

LEONE, S.; PRIVITERA, S.; CUNHA, J.T. (Coords.). **Dicionário de bioética**. Aparecida: Editorial Perpétuo Socorro/Santuário, 2001.

LIMA, A. A, D. F. Doação de órgãos para transplante: conflitos éticos na percepção do profissional. **Mundo da Saúde**.36(1):27–33, 2012.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos pagu**, v. 24, p.105-125, janeiro-junho de 2005, Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06>. Acesso em: 13 jan. 2021.

LUMERTZ, E. S. dos S.; MACHADO, G. B. Bioética e Biodireito: origem, princípios e fundamentos. **Rev. do Ministério Público do RS**, Porto Alegre, n. 81, set. 2016 – dez. 2016. Disponível em: https://www.amprs.com.br/public/arquivos/revista_artigo/arquivo_1527188648.pdf. Acesso em: 15 mar. 2021.

MANUAL DO NÚCLEO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS: **Iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: CIHDOOT**. Barueri, SP: Minha Editora, 2014.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina: eduel, 2003. p.11-25.

MARCON, L. et al. Cuidados de enfermagem com pacientes potencialmente doadores de órgãos para transplantes e sua família. KALINOWSKI, C.E (Org.). **PROENF: Programa de atualização em Enfermagem-saúde do adulto**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Ciclo 7, v.1, p 117-153.

MARQUES, C. J.; NASCIMENTO, E. M. do. Transplante de órgãos: uma análise à luz do Serviço Social. **Rev. Episteme Transversalis**, Volta Redonda-RJ, v.7, n.2, p.141-150, jul./dez.2016. Disponível em: <file:///C:/Users/CONSUL~1/CAN/AppData/Local/Temp/629-25-1355-2-10-20180809.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2021.

MARTINI, M. et al. O papel do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.6, n.18, out./dez.,2008. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/issue/view/Ano%20VI%20-%2018%20-%202008. Acesso em 28 jan. 2021.

MARTINS, C. et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm**. 2006 Jul-Set; 15 (3): 472-8. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300012. Acesso em: 23 jan. 2021.

MARTINS, L. R. L.; SARDINHA, L. A. C. Diagnóstico de morte encefálica. *In*: MOURA, L. C.; SILVA, V. S. **Manual do núcleo de captação de órgãos: Iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - CIHDOTT**. Barueri, SP: Minha Editora, 2014. cap. 4 p. 17-33.

MATTIA, A. L. de. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Bioethikos Centro Universitário São Camilo**. v. 4(1):66-74, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/73/66a74.pdf>. Acesso em 03: mar. 2021.

MAYNARD, L. O. D et al. Os conflitos do consentimento acerca da doação de órgãos post mortem no Brasil. **Rev. de Direito Sanitário**, São Paulo, v.16, n.3, p.122-144, dez. 2015.

MENESES, E. D.A, et al. Análise bioética do diagnóstico de morte encefálica e da doação de órgãos em hospital público de referência do Distrito Federal. **Rev Bioética**. 2010; 18(2):397-412. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/572/544. Acesso em: 06 mar. 2021.

MINAYO, M. S. O desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. (orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p.9-29.

MORAES, E. L. et al. Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 226-233, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00226.pdf. Acesso em: 25 jul. 2019.

_____. O perfil de potenciais doadores de órgãos e tecidos. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. vol.17, n.5, pp. 716-720, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692009000500019&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 03 mar. 2021.

MORAES, E. L. de; MASSAROLLO, M. C. K. B.. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 131- 135, 2009.

MORATO, E. G. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 19, n. 3, p. 227-236, 2009. Disponível em: [ile:///C:/Users/Usuario/AppData/Local/Temp/v19n3a08.pdf](file:///C:/Users/Usuario/AppData/Local/Temp/v19n3a08.pdf). Acesso em: 08 fev. 2021.

MOTTA, L. C. de S.; VIDAL, S. V.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética: afinal, o que é isto? **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd** ; 10(5) set-out. 2012.

MOURA, L. C.; SILVA, V. S. Avaliação do potencial doador. *In*: MOURA, L. C.; SILVA, V. S. **Manual do núcleo de captação de órgãos: Iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar**

de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - CIHDOTT. Barueri, SP: Minha Editora, 2014. cap. 5 p. 35-41.

NEVES, A. R.; DUARTE, E.; MATTIA, A. L. **Notificação de morte encefálica em doação de órgãos.** REME, v.12, n.2, 2008. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/260>. Acesso em: 28 fev. 2020.

NOVARETTI, M. C. Z. et al. **Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI.** Rev. Bras. enferm., Brasília, v. 67, n. 5, p. 692- 699, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0692.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2021.

OLIVEIRA, R. A. de. Bioética. **Rev. Brasileira de Psicanálise.** v. 46, n. 1, 105-117, 2012. Disponível em: http://www.bioetica.org.br/library/modulos/varias_bioeticas/arquivos/Bioetica.pdf. Acesso em: 24 mar. 2021.

OLIVEIRA, E. R.; FERNANDES, S. C. C. A vivência do enfermeiro no processo de doação de órgãos em morte encefálica: dificuldades e desafios. **RETEP - Rev. Tendên. da Enferm. Profis.**, v. 8, n. 3, p. 1960-1966, 2016. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/03/A-VIV%C3%80NCIA-DO-ENFERMEIRO-NO-PROCESSO-DE-DOA%C3%87%C3%83O-DE-%C3%93RG%C3%83OS.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2019.

OLIVEIRA, A. S. R. de. et al. Conflitos bioéticos no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos. **Anais do Congresso Multidisciplinar da FAP**, Paraná, 2018. Disponível em: <http://www.fap.com.br/anais/congresso-multidisciplinar-2018/poster/099.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2021.

PEREIRA, J. B. B. **Religiosidade no Brasil.** São Paulo: Edusp, 2013.

PEREIRA, W. A. (coord.). **Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos.** São Paulo: ABTO, 2009. Disponível em: <https://portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1480_1997.htm> Acesso em: 08 jan. 2021.
PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de. **Problemas atuais de bioética.** 6. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

RECH, T. H; FILHO, E. M. R. Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. **Rev. bras. ter. intensiva**, vol.19 no.2 São Paulo Apr./June 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000200010>. Acesso em: 18 fev. 2021.

SÁ, M. F. F. **Biodireito.** Belo Horizonte: Del Rey; 2002.

SADALA, M. L. A. **A experiência de doar órgãos na visão de familiares de doadores.** J bras nefrol. 2001; 23 (3): 143-51. Disponível em: https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v23n3a01.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2021.

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Acta Paulista de**

Enfermagem, v. 24, n. 4, p. 472-478, 2011. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000400005&script=sci_abstract&tlng=pt)

[21002011000400005&script=sci_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000400005&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 13 jan. 2021.

SANTOS, M. J; MASSAROLLO, M. C. K. B.; MORAES, E. L. Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Acta paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 788-794, 2012. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500022. Acesso em: 12 jan. 2021.

SESA. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. [Site institucional]. Vitória, 2020.

Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Not%C3%Adcia/central-de-transplantes-realiza-capacitacao-sobre-morte-encefalica>. Acesso em: 22 fev. 2021.

SILVA, I. M. B. P. **A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras no contexto hospital.**

Tese de Doutorado. PUC. São Paulo. 2006. Disponível em:

<http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/19/arelacaoconflituosaentremedicoseenfermeirasnocontextohospitalar.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2021.

SILVA, M. T. et al. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos: revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 14, n. 1 p. 37-46, 2016.

Disponível em: http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/4.-ASSISTENCIA-DE-ENFERMAGEM-AO-PO-TENCIAL-DOADOR-DE-%C3%93RG%C3%83OS_PRONTO.pdf. Acesso em: 11 jan. 2021.

SILVA, A.B.V; MARCELINO, C.A.G. Transplante e manutenção do potencial doador na terapia intensiva. In: VIANA, R.A.P.P., et al. **Enfermagem em Terapia intensiva: práticas e vivências.** Porto alegre: Artmed, 2011, p. 504-513.

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

tema morte e doação de órgãos. **Rev Enf UERJ**. 2007;15(4):549-54. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-14942>. Acesso em: 18 jan. 2021.

SOUZA, D. R. S., TOSTES, P. P., SILVA, A. S. Morte Encefálica: conhecimento e opinião dos médicos da unidade de terapia intensiva. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, vol.43, n.3. Brasília: mai.23, 2019. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000300115. Acesso em: 28 fev. 2021.

SOUZA, B. S. J; LIRA, G.G; MOLA, R. Notificação da morte encefálica em ambiente hospitalar. **Rev Rene**, v.16, n.2, p.194-200, 2015. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Joao_Andrade7/publication/346719395_ENFERMAGEM_ANTE_A_MORTE_ENCEFALICA_REVISAO_INTEGRATIVA/links/5fcf99ed92851c00f85f0207/ENFERMAGEM-ANTE-A-MORTE-ENCEFALICA-REVISAO-INTEGRATIVA.pdf. Acesso em: 05 jan. 2021.

TOLFO, F. **Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante:**

papel do enfermeiro. Dissertação de Mestrado. UFSM. Santa Maria: RS. 2015. Disponível em

<https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7437/TOLFO%2C%20FERNANDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 mar. 2021

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNA-SUS. **A Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em: 03 jan. 2021.

WESTPHAL, G. A., et al. Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 23, n. 4, p. 410-425, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n3/v23n3a03.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2021.

_____. Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 220-255, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n3/0103-507X-rbti-28-03-0220.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2021.

WESTPHAL, G. A.; VEIGA, V. C.; FRANKE, C. A. Determinação da morte encefálica no Brasil. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 31, n. 3, p. 403-409, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v31n3/0103-507X-rbti-31-03-0403.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2021.

WIJDICKS, E. F. M., et al. Evidence-Based Guideline Update: Determining Brain Death in Adults: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. **Neurology**, v. 74, n. 23, p. 1911–1918, 2010. Disponível em: <https://n.neurology.org/content/74/23/1911>. Acesso em: 05 jan. 2021.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Caracterização do participante

Sexo: () masculino () feminino

Estado civil: () casado () solteiro () viúvo () divorciado () outro _____

Idade: () 20-30 anos () 31-40 anos () 41-50 anos () 51-60 anos () Mais de 61 anos

Turno de trabalho: () Dia () Noite

Religião: () católico () evangélico () espírita () outro _____

Tempo de formação na área da enfermagem

() 01 a 02 anos () 03 a 04 anos () 05 a 06 anos () 07 a 08 anos

() 09 a 10 anos () Mais de 10 anos

Tempo de atuação na enfermagem

() 01 a 02 anos () 03 a 04 anos () 05 a 06 anos () 07 a 08 anos

() 09 a 10 anos () Mais de 10 anos

Tempo de atuação na UTI deste hospital

() menos de 1 ano () 01 a 02 anos () 03 a 04 anos () 05 a 06 anos

() 07 a 08 anos () 09 a 10 anos () Mais de 10 anos

É membro (a) da CIHDOTT deste hospital? () sim () não

Há quanto tempo é membro (a) da CIHDOTT neste hospital?

() menos de 1 ano () de 01 a 02 anos () de 03 a 04 anos () igual ou acima de 05 anos

É membro (a) da CIHDOTT em outra instituição de saúde?

() Sim A quanto tempo? _____ Em qual função da comissão?

() coordenadora () membra efetiva () Não

Possui especialização stricto e lato sensu? () Sim () Não

Ano de conclusão: _____

Especialização 1 _____

Ano de conclusão: _____

Especialização 2 _____

Ano de conclusão: _____

Especialização 3 _____

Ano de conclusão: _____

Especialização 4 _____

Ano de conclusão: _____

Possui título de mestrado? () Sim Em que? _____ () Não

Já participou de algum processo de diagnóstico e doação de órgãos neste hospital?

() sim () não

Se sim, de quantos participou?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

() mais de 10

Já participou de alguma palestra/curso/simpósio relacionado ao tema de doação de órgãos neste hospital?

() sim () não

Se sim, qual (is):

Já participou de alguma palestra/curso/simpósio/congresso relacionado ao tema de doação de órgãos fora deste hospital?

() sim () não

Se sim, qual (is):

Já deixou de participar de algum treinamento/palestra/curso/simpósio/ ofertado por alguns dos motivos?

- () Só tomei conhecimento do curso/palestra/treinamento quando este já tinha encerrado
- () Os cursos/treinamento foram ofertados fora do horário de trabalho
- () Os treinamento/palestra/curso/simpósio/ foram ofertados em horário de trabalho e por isso não consegui sair do plantão para realiza-lo
- () Não deixei de participar dos treinamentos/cursos/palestras e eventos

2. Questões norteadoras

1. Você poderia relatar alguma situação referente a conflito bioético (dificuldade) que você tenha vivenciado ou observado no processo de doação de órgãos?
2. Frente à situação de conflitos bioéticos, como é a tomada de decisão? O que é levado em consideração para tomada de decisão?

APÊNDICE B - CARTA DE ANUÊNCIA**CARTA DE ANUÊNCIA**

De: Pesquisadora Responsável Cristiane Bittencourt Felicio Santos

Para: Diretoria de Ensino e Pesquisa

Dr. Rafael Luzório Fernandes

Prezado Doutor,

Eu, Cristiane Bittencourt Felicio Santos, solicito autorização Institucional para realização de projeto de pesquisa intitulado: **“Doação de órgãos para transplantes: conflitos éticos vivenciados por enfermeiros na unidade de terapia intensiva”** com os seguintes objetivos: Conhecer a percepção dos enfermeiros que atuam em uma Unidade de Tratamento de Intensivo de um hospital filantrópico do Sul do Espírito Santo sobre os conflitos éticos vivenciados por eles no processo de doação de órgãos para transplantes, identificar o conhecimento dos enfermeiros quanto à legislação da Política Nacional de Transplantes, conhecer os principais conflitos éticos percebidos pelos enfermeiros de uma Unidade de Tratamento Intensivo em sua prática cotidiana, identificar as condutas dos enfermeiros frente a esses conflitos, por meio da seguinte metodologia: estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa onde ocorrerá entrevista individualizada e gravada através de questionário com perguntas abertas e fechadas. Aproveito a oportunidade para informar que esta pesquisa NÃO ACARRETA ÔNUS PARA O HOSPITAL.

Atenciosamente,



Cristiane Bittencourt Felicio Santos

Contato: E- mail: critianebfelicio@gmail.com

Telefone: (28) 99882-3025.

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

Declaro que estou ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados nessa pesquisa, conforme me foi apresentado em projeto escrito e que a instituição possui a infraestrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa. Concordo em fornecer os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

O referido projeto será realizado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, na Unidade de Terapia Intensiva Adulta SUS e convênio/particular e poderá ocorrer somente a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Informo ainda, que para início do projeto esta direção deve ser informada da aprovação do CEP, pelo pesquisador, através do envio de cópia da carta de aprovação.

() Pendência (s) para anuência:

.....

Cachoeiro de Itapemirim, 07/02/2020

Dr. Rafael Luzório Fernandes
 Diretor de Ensino e Pesquisa da SCMI

Dr. Rafael Luzório Fernandes
 Diretor de Ensino e Pesquisa
 CRJ 10365

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada, **DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES: CONFLITOS ÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**, sob a responsabilidade de Cristiane Bittencourt Felício Santos.

JUSTIFICATIVA: Os enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estão propensos a identificar possíveis doadores e auxiliar no processo de identificação da morte encefálica, desempenham papel fundamental, pois cuidam diretamente desses pacientes e de seus familiares, portanto é comum esse profissional vivenciar cada vez mais, conflitos éticos no seu cotidiano de trabalho, sendo assim, acredita-se que esse estudo possa contribuir para melhorar as discussões sobre essa temática e para fundamentar o processo de tomada de decisão pelo enfermeiro, frente aos conflitos éticos vivenciados no seu cotidiano de trabalho.

OBJETIVO DA PESQUISA: Conhecer a percepção dos enfermeiros que atuam em uma Unidade de Tratamento de Intensivo de um hospital filantrópico do Sul do Espírito Santo sobre os conflitos éticos vivenciados por eles no processo de doação de órgãos para transplantes.

PROCEDIMENTOS: A pesquisa classifica-se como um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. A sua participação nesse estudo consiste em responder algumas perguntas sobre conflitos bioéticos vivenciados por enfermeiros no processo de doação de órgãos e o que é levado em consideração para as tomadas de decisões frente a conflitos bioéticos. Ao aceitar a participar desta pesquisa científica, estará respondendo por telefone a uma entrevista com perguntas fechadas e logo após respondendo às perguntas abertas ambas estarão sendo gravadas. A entrevista terá duração máxima de 15 minutos. Após as respostas serão analisadas individualmente por meio da Análise de Conteúdo de Laurence/Bardin.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA: A pesquisa terá tempo de duração de dois meses. As entrevistas serão fonadas e gravadas depois de realizado contato prévio para agendamento e de o entrevistado, ciente dos objetivos da pesquisa, ter assinado o TCLE recebido por e-mail e reenviado novamente por e-mail a esta pesquisadora.

RISCOS E DESCONFORTOS: Essa pesquisa apresenta riscos mínimos, pelo tipo de metodologia não gerar qualquer intervenção, mas é possível haver constrangimento do entrevistado e quebra de sigilo. Para minimizar constrangimentos serão realizadas orientações

e avisos sobre a total proteção e confidencialidade das informações e o pesquisador se compromete a esclarecer qualquer questão que fique em dúvida. Fica aqui orientado também que você tem o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

BENEFÍCIOS: Espera-se ao término do trabalho que haja benefícios mútuos ao profissional enfermeiro, a instituição hospitalar e aos pacientes, com a geração de conhecimentos procedentes da pesquisa, contribuindo com a elaboração de estratégias para melhoria do serviço de doação de órgãos dessa instituição e conseqüentemente na assistência de enfermagem prestada ao potencial doador e familiar.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO: Você não é obrigado (a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado (a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: A pesquisadora se compromete a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Rubrica do participante (voluntário)

Rubrica do pesquisador responsável

Esclarecimento de dúvidas: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar a pesquisadora CRISTIANE BITTENCOURT FELICIO SANTOS no telefone (28) 99882-3025, ou endereço Rua Bahija Magid Aarão, Vila Rica, Nº 07– Cachoeiro de Itapemirim – ES – CEP 29301 240. Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde-EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza –Vitória –ES –29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido por email uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pela pesquisadora principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

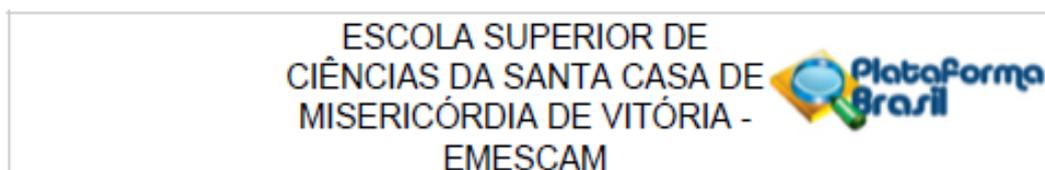
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, ____/____/ 2020.

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa **“DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES: CONFLITOS ÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”**, eu CRISTIANE BITTENCOURT FELICIO SANTOS, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisado

ANEXO A – COMPROVANTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES: CONFLITOS ÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: CRISTIANE BITTENCOURT FELICIO SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29854620.2.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.947.930

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia- EMESCAM - como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, o estudo será realizado no hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim.

O Tamanho da amostra será de 20 (vinte) enfermeiros assistenciais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto tanto aqueles que atuam cuidando de pacientes internados nos leitos do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto dos leitos particulares,

Os dados serão coletados através de entrevista, com utilização de um roteiro, semiestruturado, com perguntas fechadas e abertas, contendo duas partes e serão analisadas e interpretadas de acordo com a frequência das repostas em questões fechadas e análise de conteúdo de Bardin para questões abertas.

A entrevista será realizada na sala administrativa da UTI, durante o plantão do dia para os

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.947.930

enfermeiros do plantão diurno e a noite para os enfermeiros do plantão noturno. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, estima-se um tempo de duração de aproximadamente 30 minutos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

- Descrever a percepção dos enfermeiros que atuam em uma Unidade de Tratamento de Intensivo de um hospital filantrópico do Sul do Espírito Santo sobre os conflitos éticos vivenciados por eles no processo de doação de órgãos para transplantes.

Objetivo Secundário

- Identificar os principais conflitos éticos percebidos pelos enfermeiros de uma Unidade de Tratamento Intensivo em sua prática cotidiana;
- Identificar as condutas dos enfermeiros frente a esses conflitos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador

Riscos

Nesta pesquisa o risco está associado à quebra de privacidade. Isso será minimizado mediante o compromisso formal da pesquisadora com o sigilo e o anonimato em relação aos dados, protegendo a imagem das pessoas às quais os dados dizem respeito.

Benefícios

A pesquisa apresenta benefícios diretos, indiretos e esperados: diretos pela própria reflexão trazida ao entrevistado ao responder sobre os conflitos que vivenciam no processo de doação de

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Lulza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.947.930

órgãos; esperados em relação ao conhecimento que será gerado, possibilitando intervenções direcionadas à população estudada; e, conseqüentemente, indiretos, pelo resultado que essas intervenções poderão refletir na assistência de enfermagem prestada ao potencial doador e familiar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto - adequada

Carta de anuência - adequada

TCLE - adequado

Financiamento - informado

Recomendações:

Garantir privacidade na sala administrativa da UTI quando ocorrer a entrevista e, definir horário que não impacte na rotina de atendimento aos pacientes internados dependentes do serviço.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
 Bairro: Bairro Santa Lulza CEP: 29.045-402
 UF: ES Município: VITORIA
 Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.947.930

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1518947.pdf	10/03/2020 21:04:16		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	10/03/2020 21:03:11	CRISTIANE BITTENCOURT FELICIO SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_doacao.docx	07/03/2020 17:18:03	CRISTIANE BITTENCOURT FELICIO SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	07/03/2020 17:15:51	CRISTIANE BITTENCOURT FELICIO SANTOS	Aceito
Declaração de concordância	carta_anuencia.pdf	28/02/2020 18:30:36	CRISTIANE BITTENCOURT FELICIO SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 01 de Abril de 2020

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefona: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br