

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CARLOS ALBERTO TEIXEIRA

**PADRONIZAÇÃO DAS AÇÕES DE COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO
DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES DENTRO DE UM HOSPITAL DE
PRONTO SOCORRO E SALA DE EMERGÊNCIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CARLOS ALBERTO TEIXEIRA

**PADRONIZAÇÃO DAS AÇÕES DE COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO
DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES DENTRO DE UM HOSPITAL DE
PRONTO SOCORRO E SALA DE EMERGÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção: Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Prof. Orientador: Ms. Eliezel Alves dos Anjos.

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PADRONIZAÇÃO DAS AÇÕES DE COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES DENTRO DE UM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO E SALA DE EMERGÊNCIA** de autoria do aluno **CARLOS ALBERTO TEIXEIRA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência.

Prof. Ms. Eliezel Alves dos Anjos
Orientador da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais da saúde que, heroicamente, não medem esforços em prol da recuperação daqueles a quem assistem. Que no cotidiano de suas atividades, não se contentam em fazer minimamente aquilo que lhes é imposto, mas vão além e realmente fazem a diferença na vida de alguém.

Em especial, dedico também às equipes que atuam em situações de Urgência e Emergência, e aquelas que neste contexto, se empenham em fazer transformar a tristeza funesta da morte e da perda que ela representa para alguns, em alívio e recomeço a outros, muitas vezes distantes e anônimos.

AGRADECIMENTOS

À minha querida colega de profissão e amiga **Fabiana de Araújo da Silva**, agradeço pelo tempo juntos, seja na execução de nossas atividades profissionais ou em discussões pertinentes ao trabalho, ou ainda no exemplo de pessoa e profissional da qual me orgulho e inúmeras vezes me serviu de espelho.

Agradeço ao esforço e apoio de meu orientador, professor Ms. **Eliezel Alves dos Anjos**, sem o qual este trabalho não seria o qual segue.

Agradeço também à Universidade Federal de Santa Catarina, e aos professores e demais colaboradores do Curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem pela oportunidade concedida.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
2.1. A criação e as atividades da CIHDOTT	10
3 MÉTODO	13
3.1 Tipo de estudo	13
3.2 Dados geográficos e da Rede de Urgência e Emergência.	13
3.3 Plano de trabalho	14
3.4 Período de realização.....	15
3.5 Aspectos éticos	16
4.1 Fase Diagnóstica.....	17
4.2 Intervenção na realidade.....	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23

RESUMO

O principal objetivo dos serviços hospitalares de urgência e emergência é atuar em situações críticas que envolvem risco iminente de morte ou sequelas. Porém na realidade brasileira inúmeras atividades altamente especializados, acabam por ser realizados pelas equipes de Urgência e Emergência, como o acompanhamento prolongado intensivo de pacientes com disfunções graves de múltiplos sistemas orgânicos. Neste cenário, o diagnóstico de Morte Encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos, que idealmente deve ser realizado em Centros de Terapia Intensiva, acaba sendo realizado também em conjunto com as equipes de Urgência e Emergência. O estudo tem como questão norteadora desvelar: em quais condições de estrutura administrativa, funcionalidade, gerenciamento e eficácia se encontra a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes do Hospital e Pronto Socorro João Paulo II com reflexos sobre a rotina diária de trabalho e no seu processo de prestação de serviço com qualidade? Assim sendo, o desenvolvimento e aplicação do presente estudo visaram orientar e normatizar o atendimento prestado pelas equipes de doação de órgãos e as equipes responsáveis pela prestação direta dos cuidados. Decorre-se da experiência que, o Plano de Intervenção permite uma nova dinâmica no processo de trabalho que manejam nesse campo de atuação, alinhando ações conjuntas e concepções que resultaram em efetivas possibilidades na prestação de serviços com qualidade e equidade. Deste modo, acredita-se que no decurso do tempo far-se-ão outras ações aditivas, no sentido de aperfeiçoar e aumentar a credibilidade dos participantes do processo de trabalho.

1 INTRODUÇÃO

É sabido que embora o primeiro transplante de órgãos humanos realizado em território brasileiro tenha ocorrido no início dos anos 1960 (BRASIL, 2006), foi apenas passado quatro décadas deste evento que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, aprovou o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) (BRASIL, 2009), definindo regras para os procedimentos que envolvem doação de órgãos e tecidos para e transplante.

Nesta mesma portaria, a mais recente legislação publicada sobre o assunto, está pormenorizado as definições e atribuições de cada um dos componentes que integram o SNT, sendo que neste âmbito as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) figuram como entidade que têm por objetivo fomentar o processo de doação e de captação de órgãos e tecidos para transplante, com sua atividade restrita a um único hospital, mantendo articulação constante com os outros pontos hierárquicos da rede que é composta pelo SNT (SCHIRMER, 2006).

A realidade encontrada no hospital objeto deste trabalho se encontra alinhado ao estudo de Fonseca, Costa e Nogueira (2011), no qual foi apontado que, apesar da literatura indicar que os pacientes com diagnóstico de morte encefálica deva se encontrar internada em unidades de terapia intensiva, no estudo em questão foi observado que maioria dos pacientes com tal diagnóstico pode ser encontrado em urgências e salas de recuperação pós-anestésica.

Freire *et al* (2012), apontam ainda que, apesar da prevalência de internações de potenciais doadores ocorrer em salas de emergência, o cuidado prestado a esses pacientes deve dar-se, preferencialmente, em um ambiente de terapia intensiva.

Desta forma, o cenário vivenciado no Hospital João Paulo II não difere daquele encontrado em outras regiões do Brasil. Esse quadro obriga que as equipes de trabalho de Urgência e Emergência encontrem em seu cotidiano pacientes que demandam cuidados intensivos e exige que as CIHDOTTs estendam suas atividades até este local.

O trabalho das equipes de doação e transplantes, por se tratar de delicada fase no ciclo vital dos pacientes assistidos, em especial no que se refere ao diagnóstico de morte encefálica (ou morte

clínica com coração batendo) deve, sumariamente, estar de acordo com estreita delimitação em termos legais e fisiológicos.

Deste modo se torna imperativa a criação e seguimento de rotinas fortemente baseadas na legislação e cientificidade que as embasam, sendo os próprios membros das CIHDOTTs responsáveis pela elaboração daquela rotina que melhor se adapta e responde as necessidades e realidade da instituição hospitalar onde se encontra contextualizada (BRASIL, 2009).

Assim, é plausível considerar que tem pertinência, pois apresenta em seu bojo relevância social, possuindo implicações práticas. Propõe-se sanar uma questão real relacionada ao gerenciamento de assistência, além de trazer um valor teórico, pois preenche uma lacuna de conhecimentos, cuja contribuição pode ser generalizada, oferecendo a possibilidade de uma exploração frutífera.

No hospital em questão, inúmeras dificuldades no processo de implantação da CIHDOTT contribuíram para que, por mais de um ano após o início das suas atividades, os profissionais que compunham tal comissão realizassem suas atividades sem norteamento sistemático ou expertise adequada (embora sempre valorizando preceitos éticos, legais e científicos).

Apesar da padronização de processos e procedimentos, como cita Denardi, (2010), ser reconhecida como uma grande aliada à segurança do paciente e de Bottosso, *et al* (2006) terem proposto o uso da padronização de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem de modo a assegurar a qualidade da prestação da assistência, estes foram passíveis de serem realizados apenas com a aplicação deste recurso metodológico.

Diante disso, o estudo tem como questão norteadora desvelar: em quais condições de estrutura administrativa, funcionalidade, gerenciamento e eficácia se encontra a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes do Hospital e Pronto Socorro João Paulo II com reflexos sobre a rotina diária de trabalho e no seu processo da prestação de serviço com qualidade?

Desta forma, o presente estudo tem por objetivo elaborar a rotina diária de trabalho da equipe de enfermagem que compõe a CIHDOTT do Hospital e Pronto Socorro João Paulo II, de forma a detalhar as atividades diárias e as atribuições e obrigações de seus membros.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No âmbito da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), tem por objetivo resolver a dicotômica questão que envolve a assistência preventiva e curativa, destacando-se os princípios básicos de gratuidade e integralidade do cuidado (FONTOURA; MAYER, 2006). Ressalte-se ainda, ao que tange o programa de doação inserido nesse sistema, que o Brasil é apontado como um dos maiores programas público de transplantes do mundo (DALBEM; CAREGNATO, 2010).

A estrutura organizacional do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) foi criado no ano de 1997, por meio do decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997 e de acordo com afirmação de Arcanjo, Oliveira e Silva (2013), no ano de 2006, quase uma década passada, foi possível observar um aumento expressivo, mesmo que heterogêneo nas diversas regiões, do número de centros transplantadores no Brasil.

O processo de captação de órgãos para doação se inicia com o reconhecimento de um potencial doador, o qual pode ser feito por qualquer profissional da área da saúde, cabendo ao médico assistente encaminhar este paciente para acompanhamento pela CIHDOTT. Além da notificação realizada por profissionais de saúde, compete à CIHDOTT promover a integração entre todas as unidades que dispõem de recursos diagnósticos para atender os casos de possível doação (ou seja, Centros de Terapia Intensiva, Bloco Cirúrgico e Salas de Urgência e Emergência) (ARCANJO; OLIVEIRA; SILVA, 2013).

Dentre as várias atividades que a CIHDOTT deve desenvolver, é destacado a necessidade de organizar, na instituição onde a mesma está inserida, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação e captação de tecidos (ARCANJO; OLIVEIRA; SILVA, 2013), sendo a atuação das CIHDOTTs apontadas como fundamentais, tanto na identificação do potencial doador, como na pronta notificação às centrais estaduais (ABTO, 2013).

2.1. A criação e as atividades da CIHDOTT

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) do Hospital e Pronto Socorro João Paulo foi instituída por meio de ato formal da direção deste

hospital, pautada nos pressupostos da Portaria GM nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, a qual aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes (BRASIL, 2009).

Formou base para criação oficial da Comissão a Portaria nº 18/GAB/NGDP/HPSJP II, de 13 de fevereiro de 2012 (Rondônia, 2012), posteriormente alterada pela Portaria nº 71/GAB/NGDP/HEPSJP II, de 05 de setembro do mesmo ano (Rondônia, 2012). Na época da criação das rotinas, contava com 06 membros, sendo um deles médico e todos os demais enfermeiros. Nenhum dos profissionais da equipe trabalhava de forma exclusiva nessa Comissão, sendo sua atuação executada na forma de plantões especiais (“horas extras”).

De acordo com o porte do hospital no qual a CIHDOTT encontrar-se inserida, esta pode receber três diferentes classificações, numeradas em algarismos romanos e em ordem crescente (I, II e III). A Comissão de que se trata este trabalho recebe a classificação “Tipo I”, por estar implantada em um estabelecimento de saúde com até 200 óbitos por ano, além de disponibilizar leitos para assistência ventilatória, tanto em terapia intensiva quanto em unidade de emergência, além de dispor de profissionais da área de medicina interna, intensivista, neurologia e neurocirurgia integrantes de seu corpo clínico (BRASIL, 2009).

Por se tratar de uma CIHDOTT tipo I não é exigido pela legislação que o Coordenador da Comissão tenha carga horária exclusiva para esta atividade, porém durante o desenvolver das atividades foi notado a necessidade de dispormos de uma pessoa que seja referência aos demais membros da Comissão, sendo inviável conciliar a carga horária dos plantões regulares dos servidores com as atividades específicas da comissão.

O desenvolvimento das atividades consiste, de acordo com a legislação vigente, na busca ativa diária de potenciais doadores de órgãos – pacientes em morte encefálica (BRASIL, 2009), durante a qual todos os pacientes em uso de ventilação mecânica, em especial aqueles vítimas de traumatismo cranioencefálico (TCE) e acidente vascular encefálico (AVE), tem seus reflexos supra espinhais avaliados de forma criteriosa.

A escolha destes dois agravos se justifica pelos eventos que, comumente, precedem a morte encefálica. De acordo com os dados divulgados pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), do total de 1.208 óbitos de doadores de órgãos no Brasil no primeiro semestre do ano de 2013, 87% foram secundários a TCE e AVE (ABTO, 2013).

Uma vez identificado um paciente com ausência de reflexos supra espinhais, o profissional da CIHDOTT se articula com a equipe multidisciplinar, em especial com o médico responsável, para dar abertura e prosseguimento ao Protocolo de Morte Encefálica. Caso haja algum paciente com protocolo fechado, confirmando o diagnóstico de morte encefálica, mais uma vez o profissional da CIHDOTT se mobiliza a fim de oferecer à família a oportunidade de esta exercer o direito de tornar o ente querido um doador de órgãos e tecidos, durante a chamada “Entrevista Familiar”.

As atividades que devem ser executadas pela CIHDOTT são bem definidas por (Brasil, 2009, ressaltando-se: organizar no âmbito do estabelecimento de saúde no qual a CIHDOTT está inserida, o protocolo assistencial de doação de órgãos, articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e **Urgência e Emergência** (grifo do autor), no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação; articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos; viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema; notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação; dentre inúmeras outras.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Para este estudo, optou-se pelo Plano de Ação, mediante a chamada tecnologia convergente-assistencial que, segundo Prado *et al* (2009), tem por finalidade indicar comportamento profissional orientado por passos ou fases, constituídos em protocolos assistenciais. Além disso, como estratégia e recurso tecnológico de viabilização e contribuição no processo de intervenção, foi elaborado à normatização do trabalho, por meio de um “Manual de Rotinas”, a fim de assegurar a práxis dos profissionais envolvidos no contexto de trabalho.

3.2 Dados geográficos e da Rede de Urgência e Emergência.

O Estado de Rondônia está situado na parte Oeste da região norte do Brasil, encontrando-se na área abrangida pela Amazônia Ocidental. Possui 237.590.864 quilômetros quadrados de extensão e sua área está dividida em 52 municípios. Sua população estimada para o ano de 2013 é de 1.728.214 habitantes, com uma renda per capita de R\$ 15.079,69 (RONDÔNIA, 2012; IBGE, 2012). O município de Porto Velho – capital do Estado de Rondônia, com população de 428.527 de tantos mil habitantes distribuídos em uma área de 34.096,388 km, quadrados (IBGE, 2012).

Quanto à instituição onde a CIHDOTT mantém suas atividades, consiste no maior hospital de pronto socorro do Estado, sendo responsável não apenas pelo atendimento de pessoas oriundas de toda esta unidade federativa, como também aquelas advindas da região sul do estado do Amazonas e norte do Mato Grosso, além de cidades fronteiriças do Brasil com a Bolívia (KOGIEN, 2012).

Esta unidade, com nome empresarial de “Hospital Estadual de Pronto Socorro João Paulo II” (HEPSJPII) está localizado na zona sul da área urbana da capital de Rondônia — Porto Velho, e está subordinada à administração direta da Secretaria Estadual de Saúde (SESAU). Possui caráter exclusivamente público e oferece atendimento ininterrupto de média e alta complexidade para situações de urgência e emergência (KOGIEN, 2012; CNES, 2013). Compõe um dos 15 pontos de atenção que integram a VI Regional de Saúde de Rondônia e, desde a organização e implantação da Rede de Urgência e Emergência desta Regional de Saúde é considerado como Porta de Entrada

Prioritária na RUE da VI Região, sendo também incluído no Programa “SOS Emergência” do Ministério da Saúde (RONDÔNIA, 2012).

O HEPSJPII¹ possui 137 leitos de internação (32 leitos de cirurgia geral, 95 de clínica geral e 10 de terapia intensiva) dentro dos limites de sua área física², sendo por este motivo considerado um hospital de médio porte (CNES, 2013). Com atendimento focado tanto na demanda espontânea quanto na referenciada, constitui a única porta de entrada em todo o sistema estadual para os serviços de traumatologia e traumato-ortopedia de emergência, além de ser a principal para casos clínicos e cirúrgicos em geral (KOGIEN, 2012).

3.3 Plano de trabalho

Para a elaboração da normatização do trabalho, foi utilizada legislação pertinente ao assunto e textos científicos, além da interlocução com gestores locais, a fim de conferir aplicabilidade prática às normas a serem preconizadas.

Visando a elucidação da progressão temporal da legislação pertinente e resoluções de conselhos de classe, o quadro abaixo foi composto:

TIPO DE PUBLICAÇÃO	NÚMERO DA PUBLICAÇÃO	DATA	OBJETO
Lei Federal	4.280	06/11/1963	- Dispõe sobre a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida; - Revogada pela Lei nº 5.479, de 1968
Lei Federal	5.479	10/08/1968	- Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências. - Revoga a Lei nº 4.280, de 06 de novembro de 1.963.
Resolução CFM	1.246	08/01/1988	- Institui o código de ética médica; - Traz um capítulo exclusivo sobre “Doação e transplante de órgãos e tecidos”.
Resolução CFM	1.346	08/08/1991	- Considera que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte; - Adota critérios para constatar, de modo indiscutível a ocorrência de morte (encefálica); - Posteriormente revogada pela Resolução CFM 1480, de 08 de agosto de 1997.

¹ O HEPSJPII apresenta uma situação inusitada quanto à distribuição de seus leitos de terapia intensiva por contar com uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de 35 leitos fora de sua estrutura física, denominada "Assistência Médica Intensiva – AMI 24 horas" (RONDÔNIA, 2013).

Lei Federal	8.489	18/11/1992	<ul style="list-style-type: none"> - Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências; - Revoga a lei 5.479, de 10 de agosto de 1968.
Processo de consulta CFM	2.655	13/09/1995	<ul style="list-style-type: none"> - Posiciona-se contrariamente ao projeto de lei que altera o caráter da doação de órgãos de manifesto para presumido.
Lei	9.434	04/02/1997	<ul style="list-style-type: none"> - Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. - * apesar dos avanços apresentados a partir desta publicação, a doação presumida, foi duramente criticada e gerou repúdio na população brasileira, acarretando posteriormente em uma queda abrupta no número de retirada de órgãos de doadores cadáveres.
Resolução CFM	1.480	08/08/1997	<ul style="list-style-type: none"> - Considera que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte; - Adota critérios para constatar, de modo indiscutível a ocorrência de morte (encefálica); - Traz “Termo de Declaração de Morte Encefálica”; - Define intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas exigidas de acordo com a faixa etária; - Revoga a Resolução CFM nº 1.346 de 08 de agosto de 1991.
Medida Provisória	1.718	1998	<ul style="list-style-type: none"> - Submete à apreciação do congresso nacional, o texto da medida provisória 1718-2 1998, acresce paragrafo ao artigo 4º da lei 9434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.
Medida Provisória	1959	2000	<ul style="list-style-type: none"> - Acresce parágrafo ao art. 4º 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.
Resolução COFEN	292	2004	<ul style="list-style-type: none"> - Normatiza a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos
Lei	10.211	2001	<ul style="list-style-type: none"> - Altera os dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento").

3.4 Período de realização

A experiência retratada neste estudo teve início ainda nas fases iniciais da implantação da CIHDOTT, mesmo antes de seus membros receberem capacitação específica para atuar em doação de órgãos. No desenvolvimento das ações, foi percebido que devido ao fato da maior parcela dessas se dar fora do ambiente de terapia intensiva, ainda em contato com as equipes que atuam em salas de urgência e emergência, foi suscitada a possibilidade de utilizar as ferramentas apresentadas no

curso de pós-graduação em linhas de cuidado: urgência e emergência da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

A execução propriamente dita das ações seguiu calendário flexível, acompanhando a disponibilidade dos atores envolvidos e as necessidades do serviço, porém teve início formal no mês de julho de 2013, se estendendo até meados de novembro do mesmo ano e, embora tenha sido apresentado um produto “finalizado” foi ressaltado pelos atores envolvidos que não se pode considerar um produto “pronto”, uma vez que revisões metódicas devem ser realizadas a fim de adequar a rotina estabelecida à luz das constantes descobertas científicas, evolução e maturação da legislação e forças e fraquezas do serviço no qual a comissão está instalada.

3.5 Aspectos éticos

Destaca-se que em nenhuma das fases envolvidas na elaboração deste trabalho foi necessária ou executada a intervenção direta com seres humanos, bem como nenhum dado relativo à clientela assistida ou profissionais envolvidos foi utilizado.

Não obstante, em todas as etapas foram consideradas responsabilidades éticas relacionadas a pesquisas científicas, tais quais com a veracidade, a confiabilidade, a fidedignidade, replicabilidade e respeito à autoria (REIBNITZ, 2013).

Não se pode furtar das implicações éticas em qualquer estudo, sobretudo porque os reflexos dos estudos se reportam ao ser humano direta ou indiretamente. Nesse processo de aplicação, deve-se destacar a responsabilidade ético-legal dos profissionais envolvidos. Não basta ter domínio do saber científico e técnico, não menos importante o desenvolvimento das habilidades do saber-fazer, mas, principalmente, o saber-ser na aplicação das outras duas dimensões anteriores. Somente assim, o conhecimento tem a sua validade, justiça e repercussão social, a fim de oferecer o serviço de qualidade.

4 RESULTADO E ANÁLISE

4.1 Fase Diagnóstica

A decisão de construir o recurso tecnológico apresentado partiu da observação de que o trabalho realizado pela CIHDOTT se apresentava de forma heterogênea, o que acarretava em desvios e dificultava o atendimento adequado das ações necessárias dentro da Sala de Emergência e Unidade de Terapia Intensiva.

A realidade existente, além de expor a clientela assistida a riscos, demorava para realização do diagnóstico de Morte Encefálica, bem como risco para aumento do número de não efetivação da retirada de órgãos, devido a recusa familiar ou parada cardiorrespiratória antes da conclusão dos passos exigidos para a determinação do diagnóstico de morte encefálica.

Outro aspecto relevante de estrangulamento que permitiu a redação das rotinas de forma clara e precisa, foi a diferença com que é tratado a documentação gerada a partir da conclusão de um protocolo de morte encefálica.

As formas como foram descritas as rotinas, em termos gerais, trazem benefícios não somente à Comissão, como também às equipes de assistência da sala de emergência, uma vez que a divulgação destas rotinas à direção do hospital e demais equipes esclareceu e as atribuições e limitações da Comissão, norteando de forma indireta a maneira de proceder das equipes que prestam cuidado direto aos pacientes.

4.2 Intervenção na realidade

Com base nas etapas descritas na fundamentação teórica e metodológicas, a rotina foi escrita de forma mais clara, completa e objetiva possível, conforme pode ser observado no Quadro 02:

1. O plantão de sobreaviso se inicia às 7 horas com término às 19;

Embora o ideal seja que a CIHDOTT funcione de forma ininterrupta (24 hora por dia, 365 dias do ano), limitações no quadro de funcionários impedem a viabilidade desta no hospital em que o estudo foi aplicado. Fica definido que os períodos matutino e vespertino serão cobertos pela CIHDOTT, enquanto o período noturno é coberto pela Organização de Procura de Órgãos. Este tópico além de definir aos membros da comissão seu turno de trabalho, orienta aos profissionais da sala de emergência a quem recorrer em caso de dúvidas ou notificações.

2. A busca ativa de potenciais doadores (visita) deve ser realizada no período matutino;

Possibilita que no transcorrer do plantão do membro da comissão seja executado o maior número de ações possíveis a fim de possibilitar o diagnóstico de ME e manutenção do potencial doador em condições clínicas para extração de órgãos em caso de consentimento familiar. Também permite que este de amparo à família do potencial doador, independente do aceite ou não em doar.

3. Devem ser avaliados todos os pacientes que estão em uso ventilação mecânica e estão em acompanhamento pela neurocirurgia, bem como aqueles em pós-parada cardiorrespiratória;

De acordo com os registros da Associação Brasileira de transplantes (ABTO, 2013), a grande maioria dos diagnósticos de Morte Encefálica são precedidos de Traumatismo cranioencefálico e Acidente Vascular Cerebral, porém outras condições clínicas (como encefalopatia anóxica ou hipoglicêmica, além de processos expansivos de origem neoplásica) também constituem eventos que podem evoluir para ME. A presença de lesão neurológica bem estabelecida é fundamental para a confirmação da ME e na grande maioria dos casos, a história clínica indica o diagnóstico (SARDINHA, DANTAS FILHO, 2005).

4. Caso o paciente não esteja em uso de drogas depressoras do sistema nervoso central, solicitar do plantonista abertura de protocolo de morte encefálica. Caso no momento da avaliação o neurocirurgião estiver presente, a abertura do protocolo pode ser realizada por este;

O uso de medicações depressoras do Sistema Nervoso Central (SNC) pode interferir no diagnóstico de ME (SARDINHA; DANTAS FILHO, 2005).

5. A presença do plantonista da CIHDOTT é indispensável durante a abertura do protocolo do início ao fim do exame físico;

A presença do plantonista tem por objetivo propiciar condições e providenciar todo o material necessário para a abertura do protocolo;

6. Caso o paciente não esteja em condições de abertura de protocolo devido à instabilidade hemodinâmica ou hipotermia³, o plantonista da CIHDOTT deverá discutir e orientar junto à equipe de cuidados médica e de enfermagem as condutas a serem tomadas para permitir a

³ Pressão arterial sistólica acima de 90 mmHg ou PAM acima de 70 mmHg. Recomenda-se que o paciente apresente temperatura superior a 35 °C para abertura do protocolo (SARDINHA; DANTAS FILHO, 2005).

abertura de protocolo. É salientado que o empenho do plantonista pode ser determinante para a estabilização do paciente e realização do exame clínico;

7. O sobreaviso da CIHDOTT deve se esforçar para criar um meio que favoreça a adequada manutenção do provável doador, devendo ficar atento as condições clínicas do paciente, como prevenção da hipotensão, hipotermia, poliúria e hipernatremia. Para tanto deve fornecer orientações e solicitar intervenção imediata junto às equipes médica e de enfermagem;

8. Ao avaliar o paciente em provável ME atentar a fatores como: função renal, cirurgias prévias e trauma abdominal, bem como a história patológica de um modo geral;

9. Com a positividade para morte encefálica no primeiro exame clínico o plantonista deverá acionar imediatamente a INAO para realização do exame complementar. Lembrando que a INAO tem compromisso com o Estado em realizar o exame e entregar o laudo no Hospital João Paulo II em no máximo 6 horas, a contar do momento em que foram comunicados;

10. A fim de evitar complicações ou dificuldades técnicas na execução do exame deve-se solicitar, sempre que possível, a prévia higienização adequada do couro cabeludo do paciente;

11. Após a conclusão do primeiro exame, plantonista da CIHDOTT deverá comunicar a OPO;

12. Solicitar ao plantonista clínico a inclusão das medicações Levotiroxina (300 mcg/dia via SNE) e Metilprednisolona (15mg/kg/dia via endovenosa) logo após a conclusão do primeiro exame clínico;

13. Ficar atento ao prazo de 6 horas para a realização do segundo exame clínico, que também deve ser acompanhado pelo plantonista da CIHDOTT;

14. Garantir que, durante o transcorrer do protocolo, o médico que acompanha o paciente mantenha diálogo com familiares ou acompanhantes do paciente, informando da suspeita e dos exames a serem realizados;

15. Conferir junto ao prontuário ou ficha social a existência formas de manter contato com familiares. Acionar o Serviço Social quando encontrar dificuldades;

16. Com a conclusão do protocolo de morte encefálica apresentando positividade (dois exames clínicos e o laudo do exame complementar) solicitar a presença da família imediatamente

ao hospital para a notícia do óbito pelo médico que acompanha o paciente e posterior realização da entrevista;

17. Com a autorização da doação, solicitar as sorologias em impressos que se encontram dentro da pasta da CIHDOTT e providenciar o encaminhamento das mesmas ao laboratório de referência indicado pela OPO. Entrar em contato com a OPO para certificar-se de qual laboratório está disponível para receber as amostras antes da coleta.

18. Realizar registros diários obrigatórios no livro de enfermagem, no qual deve ser relatado: o quantitativo de pacientes avaliados, o horário da visita e as intercorrências do plantão (abertura de protocolo, comunicação da INAO – horário e pessoa responsável, justificativa de não abertura de protocolo em paciente com indicação, segunda avaliação clínica, entrevista com a família, dentre outros). Os registros devem ser feitos impreterivelmente no dia do plantão e em ordem cronológica;

19. O livro de visitas diárias é imprescindível para cálculo da produção mensal e preenchimento do relatório da CIHDOTT, encaminhado ao SNT por meio da OPO. Evitar ao máximo manter informações incompletas, devendo ter todos os campos solicitados preenchidos: número de ordem, data, nome completo do paciente avaliado, idade, setor, número do Boletim de Emergência ou do prontuário, diagnóstico, situação atual, protocolo aberto e caso novo. Atentar para a sequência de caso novo, que são aqueles pacientes que foram avaliados pela primeira vez pela CIHDOTT, independente de abertura de protocolo.

Prontuário do potencial doador/instituição (será arquivado pelo hospital)

- Toda documentação, prescrições e exames que o paciente possui desde sua entrada na unidade;
- Termo de morte encefálica (LEGIVEL);
- Exame complementar com laudo;
- Declaração de óbito ou Papeleta Informativa*;
- Autorização da família ou recusa familiar ou contraindicação (dependendo do caso);
- Prescrição do dia (na qual contém as prescrições de manutenção);

Se autorizado à doação:

- Sorologias;
- Exames;

Prontuário que será arquivado na OPO/CIHDOTT (Somente cópias)

- Cadastro do potencial doador no SNT;
- Termo de morte encefálica (LEGIVEL);
- Exame complementar com laudo;
- Declaração de óbito ou Papeleta Informativa*;
- Autorização da família ou recusa familiar ou contraindicação (dependendo do caso);
- Prescrição do dia (manutenção);

Se autorizado à doação:

- Sorologias;
- Exames;
- Relatório cirúrgico;

- Relatório cirúrgico;
- Nova AIH de doação (preenchida pelo médico da CIHDOTT).

- Nova AIH de doação (preenchida pelo médico da CIHDOTT).

* Sempre anexar cópia da descrição cirúrgica à Papeleta Informativa.

- Sempre que for confirmada a Morte Encefálica, independente de a doação ser efetivada ou não, retirar do prontuário e entregar ao enfermeiro coordenador para que seja encaminhado ao faturamento:
- Termo de morte encefálica;
- As gasometrias anexadas;
- Exame complementar com laudo;
- Cadastro do potencial doador preenchido com letra legível.
- **OBS:** este fluxo do prontuário a ser encaminhado para o faturamento da AIH específica de Morte Encefálica ainda precisa ser discutido junto com a Direção, SAME e setor específico do hospital ficando, por hora, omissos nestas rotinas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho que envolve situações de urgência e emergência é extremamente amplo e complexo, no qual são incluídos diversos e diferentes atores em diferentes cenários, desde o atendimento primário básico, realizado no ambiente extra-hospitalar (pré-hospitalar ou de resgate, até o componente hospitalar, tendo como porta de entrada as Salas de Emergência). Idealmente nessas salas apenas o atendimento e estabilização iniciais devem ser prestados, sendo o cuidado do paciente transferido em seguida para níveis de maior complexidade (como bloco cirúrgico ou centro de terapia intensiva), de internação (enfermarias) ou então acompanhamento ambulatorial.

Porém, apesar de todos os avanços que a saúde pública no Brasil vem apresentando nas últimas décadas, associados aos avanços tecnológicos sem precedentes, vários pontos ainda são críticos e merecem ser melhor trabalhados, a fim da atenção dispensada à população seja realmente de qualidade e atenda as reais necessidades.

Neste contexto, inúmeros serviços, altamente especializados, acabam por ser realizados pelas equipes de Urgência e Emergência, como o acompanhamento intensivo de pacientes com disfunções graves de múltiplos sistemas orgânicos e pós-operatórios de cirurgias complicadas, dentre outros. Pode ser acrescentado a este cenário a grande demanda de órgãos e tecidos para transplantes e os diagnósticos de morte encefálica que precede a retirada de boa parte destes de um doador cadáver, sendo a própria realização de tal diagnóstico uma emergência médica.

Assim sendo, o desenvolvimento e aplicação do presente estudo visaram, não apenas orientar e normatizar o atendimento prestado pelas equipes de doação de órgãos, dentro de um hospital de pronto socorro, mas serviu também para melhorar o processo de trabalho de toda a equipe de saúde responsável direta pela prestação de cuidados de emergência.

Decorrem-se da experiência que, o Plano de Intervenção permitirá uma nova dinâmica no processo de trabalho que manejam nesse campo de atuação, alinhando ações conjuntas, concepções inovadoras que resultarão em efetivas possibilidades na prestação de serviços com qualidade e equidade.

Deste modo, acredita-se que no decurso do tempo far-se-ão outras ações aditivas, no sentido de aperfeiçoar e aumentar a credibilidade dos participantes do processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

ARCANJO, Rafaela Alves; OLIVEIRA, Lilian Candiá de; SILVA, Delma Dias da. Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 21, n. 1, Apr. 2013. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000100014>>. Acesso em 25 Mar. 2014.

BOTTOSSO, R. M., et al. **Manual do processo de enfermagem e sua aplicação no Pronto Atendimento Adulto**. Universidade Federal de Mato Grosso. Hospital Universitário Júlio Müller. Cuiabá, Mato Grosso, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.600 de 21 de outubro de 2009**. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em: <<http://www.sbacv.com.br/projetos/devasc/forum/Modulo-IV/PORTARIA-2600-Anexo-VI.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2013

_____. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Transplantes. Decreto Lei nº 2.268 de 01 de julho de 1997. Regulamenta a 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, e dá outras providências. **Diário Oficial da União nº 123**. Brasília, 5 fev 1997

_____. Senado Federal. Subsecretaria de Informações. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgão, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 fev. 1997. Seção 1.

_____. Tribunal de Contas da União. **Relatório de avaliação de programa: Programa Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos**. Relator: Ministro Marcos Vinicius Vilaça. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2006.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.480, de 8 de agosto de 1997. **Critérios de morte encefálica**. Brasília, 8 ago. 1997.

CNES – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Ficha de Estabelecimento de Saúde**. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 30 dez. 2013.

DALBEM, Giana Garcia; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, Dec. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400016>>. Acesso em 25 Mar. 2014.

DENARDI, P. A. M., et al. A importância da padronização de processos em uma unidade Hospitalar. **XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica; X Encontro Latino Americano de Pós Graduação; IV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica Júnior**. Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP): São José dos Campos, 2010. Disponível em: < http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/RE_0579_0347_01.pdf>. Acesso em 20 dez 2013.

FONSECA, A. T. A.; COSTA V. A. S.; NOGUEIRA, A. S. C. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos e tecidos: registros de um hospital de Sergipe. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, v. 14, n. 1, p. 1449-94, 2011.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 532-6, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a11v59n4.pdf>>. Acesso em 25 mar. 2014.

FREIRE, S. G., et al. Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 761-6, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/17.pdf>>. Acesso em 20 dez. 2013.

GARCIA, V. D. (ed.). **Registro Brasileiro de Transplantes**, XIX n. 2. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos: São Paulo, 2013. 21p.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@** (página da internet). Disponível em <<http://cod.ibge.gov.br/232WI>>. Acesso em 20 dez. 2013.

_____, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estados@** (página da internet). Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ro#>>. Acesso em 20 dez. 2013.

KOGIEN, M. **Impactos psicossociais na qualidade de vida de profissionais de saúde em um pronto-socorro público**. 145f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2012.

PRADO, M. L. et al. Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de mestrado. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 18, n. 3, p. 475-81, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a10v18n3.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2013

REIBNITZ, K. S., et al. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Desenvolvimento do processo de cuidar**. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2013.

RONDÔNIA, Gabinete da Direção do Hospital Estadual e Pronto Socorro João Paulo II. **Portaria nº 18, de 13 de fevereiro de 2012**. Diário Oficial do Estado de Rondônia, Porto Velho, nº 1922, de 24 de fevereiro de 2012. Disponível em: <http://www.diof.ro.gov.br/data/uploads/2013/04/doe_24_02_12.pdf>. Acesso em 21 dez. 2013.

_____, Gabinete da Direção do Hospital Estadual e Pronto Socorro João Paulo II. **Portaria nº 71, de 05 de setembro de 2012**. Diário Oficial do Estado de Rondônia, Porto Velho, nº 2057, de 12 de setembro de 2012. Disponível em: <http://www.diof.ro.gov.br/data/uploads/2013/04/doe_24_02_12.pdf>. Acesso em 21 dez. 2013.

_____, Secretaria de Estado da Saúde e Coordenação da Comissão Intergestores Bipartite/Rondônia. **Plano de Ação Regional VI Região de Saúde: Rede de Urgência e Emergência de Rondônia**. Diário Oficial do Estado de Rondônia, Porto Velho, nº 2095, de 08 de novembro de 2012. Disponível em: <

http://www.diof.ro.gov.br/data/uploads/2013/04/dae_08_11_2012.pdf>. Acesso em 20 de novembro de 2013.

_____, Secretaria de Estado da Saúde. **Despacho:** Referência: Processo administrativo nº. 01-1712.01640-00/2012. Diário Oficial do Estado de Rondônia, Porto Velho, nº 2300, de 16 de setembro de 2013. Disponível em: <http://www.diof.ro.gov.br/data/uploads/2013/09/dae_16_09_2013.pdf>. Acesso em 21 dez. 2013.

SARDINHA, L.A.C.; DANTAS FILHO, V.P. Morte Encefálica. In: CRUZ, J. (ed.) **Neuroemergências**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 477-96.

SCHIRMER J. et al. Legislação sobre doação de órgãos e tecidos: O que pensam os profissionais de uti? **Jornal Brasileiro de Transplantes**, v. 9, n. 1, p. 461-508, 2006. Disponível em <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/JBT/2007/3.pdf>>. Acesso em 20 dez. 2013.

