

HIGOR ALENCAR DOS SANTOS

○ PROCESSO DE TRABALHO DE UMA EQUIPE DE TRANSPLANTE CARDÍACO

**BRASÍLIA – DF
2019**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

HIGOR ALENCAR DOS SANTOS

O PROCESSO DE TRABALHO DE UMA EQUIPE DE TRANSPLANTE CARDÍACO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer

BRASÍLIA – DF
2019

HIGOR ALENCAR DOS SANTOS

**O PROCESSO DE TRABALHO DE UMA EQUIPE DE TRANSPLANTE
CARDÍACO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva
pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovada em 14 de agosto de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Magda Duarte dos Anjos Scherer
Presidente – Universidade de Brasília (UnB)

Prof.^a Dr.^a Francine Lima Gelbecke
Membro Efetivo – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof.^a Dr.^a Maria da Glória Lima
Membro Efetivo – Universidade de Brasília (UnB)

Prof.^a Dr.^a Odete Messa Torres
Membro Suplente – Universidade de Brasília (UnB)

Dedico esta dissertação à minha família, meu alicerce e porto seguro nas horas difíceis.

AGRADECIMENTOS

Ao Mestre Jesus e aos seus Anjos da Guarda, por me ouvirem e me conduzirem nesta caminhada, trazendo luz nos momentos difíceis e ensinando-me que, quanto mais eu espalhar coisas boas por onde passar, mais a vida se encarrega de trazer outras melhores ainda.

Aos meus pais, Maria Auxiliadora Canuto Alencar e Edilson Clarintino dos Santos, por me acompanharem e sempre me estimularem a estudar mais e mais. Vocês me acompanham com amor e carinho, incentivo e palavras de apoio.

À minha irmã Ana Carolina Alencar dos Santos, que, em diversos momentos, esteve ao meu lado me ajudando e auxiliando, trouxe para mim tranquilidade e paz diante das dificuldades. Agradeço-a também por suas diversas orientações e conselhos neste trabalho.

Aos meus padrinhos Robério Furtado e Neurilene Pedroza, por me guiarem e conduzirem nas escolhas que realizei na minha vida.

Aos meus familiares Jonathan Furtado, Renan Furtado, Fernando Vinícius, Gustavo, Marcus Paulo, Paula, Geralda, Aurilene, Fernandes, Núbia, por compreenderem que esta caminhada foi longa e árdua, mas vocês com sabedoria souberam estar perto de mim e me auxiliaram com seus incentivos e mensagens de força.

À Professora Dr^a. Magda Duarte dos Anjos Scherer, por me acolher, me abraçar, pela orientação, apoio e incentivo que me proporcionaram observar o mundo com “lentes diferentes”, trazendo para mim um crescimento profissional e pessoal em meio às atividades que desenvolvemos juntos nos grupos de pesquisas, disciplinas e eventos. Obrigado por me ajudar em um momento pessoal difícil e me dar apoio em horas que achei que não seria capaz.

A Elizianesmarie Pereira dos Santos (*in memoriam*), modelo de profissional e pessoa em quem eu procuro me espelhar sempre, obrigado pelos ensinamentos, por ter me mostrado a ética, os valores e o compromisso com a Enfermagem. Amor incondicional eterno e por me ter ensinado a ser nobre, na essência da palavra. Que falta você me faz!

Aos colegas do curso de mestrado, em especial Ruan Rodrigues, Rayane Lacourt, Cibele Sousa e Ana Tereza Teka, Sandra Freitas, Zenóbia Rosa, que fizeram das nossas angústias, dúvidas, medos e sofrimentos momentos de descontração e apoio. Construimos nesse período um laço de amizade único, que levo comigo no coração.

Aos profissionais de saúde, pela disponibilidade de participar e me ajudar na pesquisa.

Às amigas Juliana Lins, Luciana Silva, Marta Machado, Aline Aquino, Thaís Coutinho (Tatá), Fabiana, Taína Fagundes, Juliana Alves, Klícia Matioli, Liliana Castro, Jailza Nascimento, Eloiza Santos, que me sustentaram e me apoiaram para realizar este trabalho.

Aos amigos Leonardo Lima (Negô), Orlando Elias Landim, Douglas Torres, Evandro Castro, Davllyn dos Anjos, Diego Oliveira (Xicas), Ubirajara Silveira, que me apoiaram e ajudaram das mais diversas formas na construção deste trabalho.

Agradeço aos amigos que encontrei e reencontrei. Saibam que com seus saberes investidos e constituídos colaboram na construção desta *démarche*.

Com vocês, divido a alegria desta experiência.

“Encontrei hoje em ruas, separadamente, dois amigos meus que se haviam zangado um com o outro. Cada um me contou a narrativa de por que se haviam zangado. Cada um me disse a verdade. Cada um me contou as suas razões. Ambos tinham razão. Ambos tinham toda a razão. Não era um que via uma coisa e outro outra, ou que um via um lado das coisas e outro um lado diferente. Não: cada um via as coisas exatamente como se haviam passado, cada um as via com um critério idêntico ao do outro, mas cada um via uma coisa diferente, e cada um, portanto, tinha razão. Fiquei confuso desta dupla existência da verdade.” (Fernando Pessoa)

RESUMO

SANTOS, Higor Alencar. **O processo de trabalho de uma equipe de transplante cardíaco**. 2019. Saúde Coletiva – Universidade de Brasília – UnB, 2019.

O transplante cardíaco constitui-se em uma alternativa para o tratamento de doenças cardiovasculares irreversíveis, melhorando a expectativa e a qualidade de vida do indivíduo. O trabalho em saúde possui uma perspectiva coletiva, em que o produto da assistência de saúde é o ato de cuidar, sendo produzido através da interação entre o profissional de saúde (trabalhador) e o paciente (indivíduo). Como se trata de um trabalho vivo, realizado no ato, ele sofre diversas interferências e acaba ocasionando a necessidade de escolhas por parte dos trabalhadores diante de suas dramáticas. Compreender a dinâmica do serviço de uma equipe de transplante cardíaco auxilia no processo vivenciado por esses trabalhadores, que resulta em um trabalho real. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória descritiva com recrutamento por amostra de conveniência. O estudo ocorreu no Brasil em hospital especializado de alta complexidade em serviços cardiológicos. A pesquisa foi realizada no setor de transplante de órgãos. Os participantes foram 20 profissionais de saúde, pertencentes à equipe de transplante cardíaco (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, odontólogos, assistentes sociais e psicólogos) que atua nas fases de pré-transplante, intra-operatório e pós-transplante cardíaco. Os dados foram coletados por meio da análise documental, observação e entrevista semiestruturada. Foi utilizada a análise de conteúdo aliada à triangulação de informações para categorização dos dados. Para isso, o software ATLAS.TI foi utilizado na análise. Os resultados foram agrupados em cinco categorias temáticas: a caracterização do serviço de transplante cardíaco, em que é evidenciado o percurso que o paciente faz na instituição pesquisada; a divisão de tarefas e de equipes: trabalho prescrito versus o trabalho real, em que o trabalho prescrito se distancia das práticas reais dos profissionais em atividades oficiosas; os sentidos do trabalho, em que o trabalho tem valor social importante para o ser humano, exercendo influência na motivação, satisfação e produtividade dos trabalhadores; as competências adquiridas ou a formação profissional de trabalhadores no transplante cardíaco, em que a possibilidade de aprimorar os conhecimentos com a inclusão e a permanência dos indivíduos é uma das finalidades da formação profissional, na qual os ingredientes da competência auxiliam no esclarecimento da utilização da experiência nas dramáticas de si; e por fim, o sobretrabalho, a sobrecarga de um trabalho invisível, que surge do processo da globalização e flexibilização das atividades realizadas. O teletrabalho pode ser entendido como o momento em que o profissional de saúde faz uso das tecnologias de informação e comunicação fora do ambiente convencional de trabalho. Construir, fortalecer e valorizar os trabalhadores e trabalhadoras de saúde é de suma importância. Qualificar esses profissionais que atuam em transplante cardíaco pode melhorar o Sistema Nacional de Transplante. Os trabalhadores acabam por renormalizar as atividades de trabalho no transplante cardíaco mediante preenchimento de lacunas nas normas e atuando diante de normas oficiosas de trabalho, utilizando a experiência adquirida no serviço como forma de formação profissional.

Palavras-chaves: Transplante Cardíaco; Trabalho em Saúde; Processo de Trabalho; Gestão do Trabalho; Trabalho.

ABSTRACT

SANTOS, Higor Alencar. **The working process of a heart transplant team.** 2019. Collective Health – University of Brasilia – UnB, 2019.

The cardiac transplantation arises as an alternative for the treatment of irreversible cardiovascular diseases, improving the individual's expectation and quality of life. Work on health has a collective overview in which the act of caring is the product of healthcare arising from the interaction between the professional (worker) and the patient (individual). As it represents a dynamic work, carried out in the act, it undergoes several meddlings leading workers to the need of decision when facing their dramatic ones. Comprehending how a cardiac transplantation team works helps the process experienced by professionals, that results in real work. It is a qualitative, descriptive scanning research along with convenience sample recruitment. The study took place at a hospital specialized in high complexity cardiac services in Brazil. The research was performed in the organ transplantation sector. There were 20 health professionals, from the cardiac transplantation team (doctors, nurses, nutritionists, physiotherapist, dentist, social worker and psychologist) which work in the pre-transplant, in the intraoperative and in the post-cardiac transplantation phases. The data were collected via documentary analysis, observation and semi-structured interview. Content analysis combined with information triangulation was used for data categorization. To do so, software ATLAS.TI has been used in the analysis. The results were grouped into 5 theme categories: the characterization of heart transplant service, in which the patient's pathway in the surveyed institution is emphasized; the division of tasks and teams: prescribed work versus real work, being the former different from the actual standards of workers' activities; meanings of work, in which it has important social value for the human being, influencing motivation, satisfaction and productivity of workers; the acquired skills or the professional training of workers in the cardiac transplantation, in which the possibility of improving the knowledge with the inclusion and the individual stay is one of the goals of professional development, since the components of competence help clarifying the use of experience in one's dramatics; finally, the overwork, the burden of an invisible work, that arises from the process of globalization and flexibility of activities performed. Telework can be understood as the moment when the health professional makes use of information technologies and communication out of the conventional work environment. It is of utmost importance building, strengthening and valuing workers and health professionals. Qualifying the cardiac transplantation professionals can improve the National Transplant System. The employees end up renormalizing work-related activities of the cardiac transplantation by filling gaps in policies and acting before officious work guidelines, using the experience acquired on duty as a form of vocational training.

Keywords: Cardiac Transplantation; Health work; Work process; Management Work; Work.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: CÍRCULO VICIOSO QUE OCORRE NA PRESENÇA DE LESÃO MIOCÁRDICA LEVANDO A DISFUNÇÃO. BRASIL, 2015.	26
FIGURA 2: PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE CANDIDATO AO TRANSPLANTE CARDÍACO (TC). BRASIL, 2019.	30
FIGURA 1: ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE (SNT), BRASIL, 2009.	39
FIGURA 2: ETAPAS DO PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTE, SÃO PAULO, 2009.	40
FIGURA 3: BUSCA, SELEÇÃO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ESTUDOS SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM UMA EQUIPE DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃO.....	43
FIGURA 3: DISPOSITIVO DINÂMICO DE 3 POLOS. FRANÇA, 2000.	66
FIGURA 4: DISTRIBUIÇÃO DOS RESPONDENTES POR SEXO. BRASIL, 2019.	74
FIGURA 5: DISTRIBUIÇÃO DOS RESPONDENTES POR ESCOLARIDADE. BRASIL, 2019.	75
FIGURA 6: NÚMERO DE TRANSPLANTES CARDÍACOS EM 10 ANOS (2008-2018). BRASIL, 2018.	84
FIGURA 7: NÚMERO ABSOLUTO DE TRANSPLANTES CARDÍACOS 2016-2018. BRASIL, 2018.	85
FIGURA 8: COMPARAÇÃO ENTRE INSTITUIÇÃO PESQUISADA (IP) E OUTROS PAÍSES POR NÚMERO POR MILHÃO DE POPULAÇÃO DE TRANSPLANTES CARDÍACOS 2016-2018. BRASIL, 2018.	86
FIGURA 9: PERIODICIDADE DE CONSULTAS COM OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR. BRASIL, 2019.	89
FIGURA 10: NUVEM DE PALAVRAS SOBRE A DIVISÃO DE TAREFAS E DIVISÃO DE EQUIPES, EXTRAÍDO DA CATEGORIA DIVISÃO DE TAREFAS. BRASIL, 2019.	91
FIGURA 11: ESBOÇO DA HIERARQUIZAÇÃO DO TRABALHO NA INSTITUIÇÃO DE PESQUISA (IP). BRASIL, 2019.	95
FIGURA 12: NÚMERO ABSOLUTO DE AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PROCESSO DE DOAÇÃO-TRANSPLANTE (PDT). BRASIL, 2019.....	99
FIGURA 13: NUVEM DE PALAVRAS SOBRE OS SENTIDOS DO TRABALHO, EXTRAÍDO DA CATEGORIZAÇÃO SENTIDOS DO TRABALHO. BRASIL, 2019.....	106
FIGURA 14: OS SEIS INGREDIENTES DE UMA COMPETÊNCIA (LOUIS DURRIVE). FRANÇA, 2003.	110
FIGURA 15: NUVEM DE PALAVRAS SOBRE TELETRABALHO. BRASIL, 2019.....	119

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (IC) SEGUNDO NYHA (2015)	27
TABELA 2 – INDICAÇÃO DE TRANSPLANTE CARDÍACO. BRASIL, 2018	28
TABELA 3 – CONTRAINDICAÇÃO DE TRANSPLANTE CARDÍACO. BRASIL, 2018	29
TABELA 4 – TÓPICOS ABORDADOS PELA AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE E FAMILIARES DE TRANSPLANTE CARDÍACO (2015)	31
TABELA 5 – CRITÉRIOS CLÍNICOS E EXAMES COMPLEMENTARES DE MORTE ENCEFÁLICA (ME) EM ADULTOS E CRIANÇAS (2018)	33
TABELA 1: ASPECTOS GERAIS DOS ESTUDOS SELECIONADOS, CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS E PARTICIPANTES DO ESTUDO. BRASÍLIA, 2019	53
TABELA 6 – RESUMO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES. BRASIL, 2019.	74
TABELA 7 – NÚMERO ABSOLUTO DE TRANSPLANTES, PACIENTES EM LISTA DE ESPERA E MORTALIDADE EM LISTA DE ESPERA. BRASIL, 2018	82

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: QUESTÕES CHAVE DO ESTUDO ELENCADAS POR OBJETIVOS E SÍNTESE DE RESULTADOS.

BRASIL, 2019 79

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
APTS	Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho
BPC	Boas Práticas Clínicas
CHA	Competências, Habilidades, Atitudes
CNH	Carteira Nacional de Habilitação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEC	Circulação Extracorpórea
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPERC	Centre d'Épistémologie et d'Ergologie Comparative
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGDT	Centro de Gerenciamento de Doação e Transplante de Órgãos
CLT	Consolidações das Leis Trabalhistas
CTE	Câmara Técnica Estadual
CRVM	Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
DD3P	Dispositivo Dinâmico de 3 Polos
EEG	Eletroencefalograma
FEV1	Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FV	Fibrilação Ventricular
GM	Gabinete Ministerial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HLA	Antígeno Leucocitário Humano
IC	Insuficiência Cardíaca
IP	Instituição Pesquisada
IMC	Índice de Massa Corporal
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
ME	Morte Encefálica
MHC	Histocompatibilidade
MS	Ministério da Saúde
NYHA	New York Heart Association
PaCO₂	Pressão Parcial de Gás Carbônico
PDT	Processo de Doação-Transplante
PJ	Pessoa Jurídica

PMP	Por Milhão de População
POP	Protocolo Operacional Padrão
PTS	Plano Terapêutico Singular
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RG	Registro Geral
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNT	Sistema Nacional de Transplante
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Transplante Cardíaco
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TVS	Taquicardia Ventricular Sustentada
UnB	Universidade de Brasília
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VO2	Consumo de oxigênio

SUMÁRIO

RESUMO	viii
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE TABELAS.....	xi
SUMÁRIO.....	xv
1. INTRODUÇÃO.....	16
2. CONTEXTO DO ESTUDO	20
2.1. HISTÓRIA DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS	20
2.2. TRANSPLANTE CARDÍACO	24
2.3. ARCABOUÇO NORMATIVO	33
3. PROCESSO DE DOAÇÃO-TRANSPLANTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA... 36	
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	61
4.1. TRABALHO À LUZ DA ERGOLOGIA.....	61
4.2. TRABALHO EM SAÚDE.....	67
5. OBJETIVOS.....	71
5.1. OBJETIVO GERAL.....	71
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	71
6. PERCURSO DO MÉTODO	72
6.1. TIPO DE ESTUDO.....	72
6.2. LOCAL E PARTICIPANTES DA PESQUISA	72
6.3. PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	73
6.4. PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	75
6.5. SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	76
6.6. CATEGORIZAÇÃO DO CONTEÚDO	78
6.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	80
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	81
7.1. O SERVIÇO DE TRANSPLANTE CARDÍACO ESTUDADO.....	81
7.2. DIVISÃO DE TAREFAS E DIVISÃO DE EQUIPES: TRABALHO PRESCRITO VERSUS TRABALHO REAL	90
7.3. SENTIDOS DO TRABALHO.....	103
7.4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS OU FORMAÇÃO PROFISSIONAL: RENORMALIZAÇÕES DE TRABALHADORES NO TRANSPLANTE CARDÍACO..	107
7.5. SOBRETALHO, A SOBRECARGA DE UM TRABALHO INVISÍVEL.....	113
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	124
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL.....	132
APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE	133
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA	135
APÊNDICE D – LISTAGEM DOS DOCUMENTOS DA ANÁLISE DOCUMENTAL ...	137
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .	139
ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	141

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares, nos últimos tempos, têm se mostrado grandes causadoras de morbimortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil se constituem problema de saúde pública de grande proporção, com elevado número de óbitos, principalmente no grupo de baixo poder aquisitivo e em grupos vulneráveis. Elas geram impacto nos custos de internação e de seguimento ambulatorial.^[1-3]

O avanço tecnológico da medicina ao longo das décadas permitiu que os casos graves, antes considerados irreversíveis e de péssimo prognóstico, fossem tratados clínica e cirurgicamente. Esse fato aumentou a sobrevida das pessoas com cardiopatias, trazendo mudanças no perfil delas, pois, com o uso de fármacos e aparelhos, toleram por mais tempo o grave quadro de insuficiência cardíaca refratária, em que a única possibilidade terapêutica é o transplante cardíaco. Há pouco mais de cem anos (1905), começaram os primeiros experimentos com cirurgias de transplante de tecido e de órgãos como o coração, realizados pelo Dr. Aléxis Carrel.^[4]

O transplante cardíaco se constitui em uma alternativa para o tratamento de doenças cardiovasculares irreversíveis, melhorando a expectativa e a qualidade de vida do indivíduo. Ele é indicado nos casos em que o suporte com tratamento medicamentoso ou cirúrgico corretivo não consegue controlar a manifestação da doença. A sobrevida do paciente transplantado no primeiro ano é de cerca de 85% e no terceiro ano é de 78%. Todavia, vários estudos clínicos mostram pacientes que alcançaram uma sobrevida de até 10 anos após o transplante, desde que haja o acompanhamento apropriado. Com a realização desse procedimento, esses pacientes que antes muitas vezes ficavam acamados e dependentes em suas atividades de vida diária voltam a praticar esportes e a trabalhar, recuperando sua autoestima.^[5]

A comunicação entre paciente e equipe se torna essencial para um manejo adequado para o estabelecimento da terapêutica com indicação de transplante cardíaco. Os campos de saúde e de comunicação possuem uma relação histórica importante. Foram as demandas práticas que impulsionaram,

e ainda hoje impulsionam, as pesquisas e reflexões acerca dessa comunicação entre paciente e profissional de saúde. Os modelos de comunicação em saúde baseados em teorias da propaganda política, das teorias da persuasão, modelos que visam a efeitos de ordem comportamental mediante o convencimento, continuam a se reproduzir e se mostram ineficazes. Esse fracasso é correlacionado à ignorância da população que “não seria capaz de compreender corretamente as informações”.^[6:7]

A dinâmica que ocorre durante um processo de doação-transplante é complexa e traz várias nuances para os profissionais envolvidos, pois perpassa os valores éticos, sociais e culturais de cada um deles. Além disso, a sociedade possui papel fundamental, tendo em vista que é por meio da doação de órgão que é factível a realização do transplante.

Estudar a relação entre o trabalho prescrito e o trabalho real nas atividades de uma equipe de transplante de órgãos proporciona o aprimoramento dos eventos que ocorrem na atividade desenvolvida pelos profissionais de saúde. Pesquisa realizada na literatura mostra a carência de informações nesse campo. Para a atuação dos profissionais de saúde existem normas, legislação e protocolos que conduzem as atividades de trabalho. Entretanto, no seu dia a dia, o profissional toma várias decisões durante o seu encontro com o paciente, o que fatalmente altera o processo de trabalho prescrito e passa a configurar o processo de trabalho real. Compreender essa dinâmica de serviço auxilia na melhoria da qualidade de assistência prestada pela equipe de transplante cardíaco.^[7]

O trabalho é a principal atividade humana, possuindo relatos desde sua origem, quando o homem buscava na caça meios de sobrevivência, e ainda é utilizado para compreensão dos fenômenos sociais relacionados ao ser humano. Ele tem um conceito amplo e, ao longo da história, foi se aprimorando, como consequência da organização das pessoas e das diversas especializações para a execução das tarefas. Esses modelos geraram uma separação entre os indivíduos e produziram um processo que permeia várias atividades desenvolvidas pelos trabalhadores, as quais envolvem as relações de trabalho e geram reflexo na sociedade. Assim, deve-se pensar no trabalho em todo o contexto no qual ele é inserido.^[8]

O trabalho em saúde possui uma perspectiva coletiva, na qual o produto

da assistência de saúde, que é o ato de cuidar, é produzido por meio da interação entre o profissional de saúde (trabalhador) e o usuário de saúde (indivíduo). Esse trabalho de saúde resulta na assistência ao indivíduo adoecido e é reflexo da complexidade e especificidade do trabalho em saúde. Para Merhy^[9:282], o trabalho em saúde “é o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado”.

O modelo de trabalho em saúde foi por muito tempo baseado na organização advinda de Taylor (taylorismo), em que as características desse processo foram inseridas no serviço de saúde, como a fragmentação das atividades, a especialização dos profissionais e a implementação de rotinas, com a intenção de melhorar e aumentar a produtividade dos trabalhadores.

Os primeiros estudos realizados na França na década de 1970 sobre a análise pluridisciplinar e pluriprofissional dos processos de trabalho indicaram a necessidade de uma nova abordagem das atividades envolvidas, surgindo os primeiros ensaios da abordagem ergológica para análise e compreensão da atividade de trabalho.

Pensar em trabalho em saúde é refletir uma atividade na qual podem surgir situações inusitadas, que requerem do trabalhador (profissional de saúde) habilidade para gerir e resolver problemas, o que faz ao amparo de sua vivência na vida profissional. Nesse sentido, a abordagem ergológica vem compreender essas atividades de gestão do dia a dia do trabalhador, trazendo à luz a realidade do trabalho diante das normas antecedentes na área de saúde.

Entender a dinâmica de serviço de uma equipe de transplante cardíaco auxilia no processo de conhecimento das atividades rotineiras e diárias do trabalho. Diante desse contexto, é de grande relevância a investigação do processo de trabalho estabelecido entre o profissional de saúde e o paciente do transplante cardíaco, além da compreensão dos elementos necessários para uma melhor relação de cuidado.

As motivações para este trabalho se confundem com minha própria experiência profissional ao sair da assistência e começar a atuar no gerenciamento de serviço, primeiro de uma terapia intensiva, depois de um serviço de ensino e pesquisa, e por fim de um serviço de enfermagem. Ao observar as recorrentes lacunas sobre a questão dos processos de trabalho, seus entraves nos debates institucionais, as questões que envolvem

insalubridade e trabalhos feitos atrás dos holofotes e, ainda, a constatação de que poucos são aqueles que valorizam ou mesmo enxergam o ato vivo de história, o trabalho, comecei a questionar como trazer essas nuances dos trabalhadores para dentro de um contexto acadêmico. Como parte de um processo contínuo e permanente de educação de um gestor, esse é um momento importante para meu amadurecimento profissional e aprimoramento das atividades de planejamento e gestão de serviços. Com a intenção de prestar uma assistência à saúde em conformidade com a expectativa do indivíduo necessitado, levei adiante aquele questionamento e, com isso, comecei a compreender a necessidade de problematizar as questões que envolvem o transplante cardíaco e o trabalho, além dos dilemas da gestão do serviço. Tais situações promovem uma reflexão sobre o trabalho de uma equipe multiprofissional e sobre como agregar fundamentação teórica para o desenvolvimento do trabalho, em especial o do transplante cardíaco.

Minha formação e atuação profissional foram baseadas nos conceitos ditos por Florence Nightingale, fundadora da enfermagem, em que cuidar é uma palavra central dos discursos e da formação da profissão. Ela dizia *“que escolheu servir ao próximo porque sabia que todos nós um dia precisaríamos de ajuda e que escolheu estudar os métodos de trabalho porque os livros são fonte de saber”*.^[10:42] A exemplo dela, escolhi olhar para as dinâmicas de trabalho e compreender o trabalho real, para conseguir produzir conhecimento e, na condição de gestor, dar atenção, zelar e cuidar dos trabalhadores que são a base de um serviço de saúde.

Assim, minha intenção é colaborar para identificar e repercutir os processos de trabalho de uma equipe de transplante cardíaco, a qual conecta meu envolvimento profissional em gestão de um serviço. Nesse sentido, surgem os questionamentos: como é o processo de trabalho dos membros da equipe de transplante cardíaco de um serviço transplantador? Por quais atividades de trabalho esses profissionais passam durante o processo de captação e transplante do órgão?

2. CONTEXTO DO ESTUDO

2.1. HISTÓRIA DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

Pensar sobre como ocorreu o início dos transplantes, seus primeiros experimentos, suas primeiras tentativas, sugere como é difícil e penosa a execução de um transplante nos dias atuais, seja por escassez de recursos, seja por dificuldade em encontrar órgãos viáveis.

As entrelinhas da história da humanidade evidenciam as dificuldades encontradas pelos pesquisadores em suas respectivas épocas e o trabalho executado para a sua superação, demonstrando a capacidade adaptativa do ser humano.

Atualmente o grande problema enfrentado pela temática de transplantes de órgãos é a escassez de doação. As técnicas, o número de pacientes, e as tecnologias incorporadas pela medicina fazem com que se tenham mais indivíduos com possibilidade de indicação de transplante de órgãos. O recordar da história mostra como foi difícil o percurso dos pesquisadores.

A palavra transplante significa “*operação que consiste na transferência de um tecido, órgão ou parte dele para outra parte do corpo do mesmo indivíduo ou para outro indivíduo*”.^[11:23] Nesse contexto, sua primeira aparição na literatura é datada de 1778, quando John Hunter descreveu os seus experimentos com enxertos ovarianos e testiculares em animais não relacionados.^[11]

Em 1905, Aléxis Carrel (1873-1944, Prêmio Nobel de 1912) e Charles C. Guthrie (1880) realizaram os primeiros experimentos com transplante de vasos sanguíneos, abrindo precedentes para o teste de novos procedimentos experimentais para a clínica de transplante de órgãos.

Ainda no início dos anos 1900, Emmerich Ullmann (1861-1937), Mathieu Jaboulay (1860-1913) e Ernst Unger (1875-1938) realizaram experimentos ao remover rins de outros animais e realizar o implante em vasos sanguíneos de seres humanos. Eles observaram que havia possibilidade de realizar a técnica, porém em poucas horas os órgãos morriam. Guthrie, naquele período, inferiu

que talvez o fato de os órgãos durarem poucas horas seria decorrente de uma resposta imunológica do organismo frente ao corpo estranho, fato que veio a ser concretizado na década de 1950.

No início dos anos 1950 ocorreram várias séries de casos sobre pacientes que foram submetidos ao transplante renal em Boston e Paris. Entretanto, nessa situação não foi utilizado nenhum imunossupressor. Foi observado que apenas um paciente sobreviveu um período de seis meses. Além disso, nesta mesma época descobre-se o antígeno de histocompatibilidade. Em 1960, Peter Medawar (1915-1987) ganhou o Prêmio Nobel por ter realizado estudos sobre a imunologia dos transplantes e nesse estudo identificou o importante processo de rejeição dos enxertos. Foi observado um infiltrado maciço de células linfoides que acompanhavam a progressiva insuficiência renal. Foi observado ainda que não era apenas a rejeição aguda, que mecanismos humorais e os anticorpos citotóxicos estavam envolvidos também.

Os fatores que corroboraram para:

“[...] o aumento crescente da sobrevida dos pacientes transplantados deveu-se aos seguintes itens: 1) aprimoramento da técnica cirúrgica; 2) a constatação de que baixas doses de esteroides são eficazes e mais seguras do que as altas doses administradas anteriormente; 3) a descoberta que a transfusão sanguínea precedendo o transplante reduz as possibilidades de rejeição; 4) e a constatação de que os pacientes com maior compatibilidade imunobiológica através do sítio DR do *locus antígeno leucocitário humano* (HLA) do complexo maior de histocompatibilidade (MHC) evoluem melhor do que aqueles não compatíveis”.^[11:1-17] (com adaptações)

Nesse sentido, como objetivo para os casos de indicação de transplante de órgãos tentou-se trabalhar em prol da imunossupressão. A ciclosporina descoberta na década de 1970 foi um dos pilares para evolução dos transplantes. Ela inicialmente foi utilizada nos transplantes hepáticos e posteriormente nos demais transplantes. O advento dos imunossupressores fez evoluir a era moderna dos transplantes de órgãos e com isso abriu novos horizontes aos pacientes com essa indicação, pois foram obtidos resultados otimistas frente ao transplante, com aumento do índice de sobrevida, proporcionando maior confiança para o desenvolvimento de pesquisas.

Na década de 1980, surgiram novos imunossupressores, como a produção em laboratório de anticorpos monoclonais, oriundos dos linfócitos B,

que ensejaram a entrega do Prêmio Nobel de Medicina a César Milstein (1924-2002) e Georges Köhler (1946- 1995). Esse fármaco é bastante seletivo e específico para o tratamento da imunossupressão. Na época, além desses novos imunossupressores, houve outras contribuições nesse sentido, como a padronização das captações de múltiplos órgãos e o manuseio para preservação deles.^[11]

Quando se estuda a história do transplante cardíaco, temos seu início em 1933, com Frack C. Mann (1887-1962) e colaboradores realizando um transplante cardíaco heterotópico, ou seja, implante do coração do doador sobre o órgão nativo com a finalidade de ajudar o bombeamento do sangue, realizado no pescoço de cães. Neste caso, foi observado que o problema não estava relacionado à técnica cirúrgica em si, mas a fenômenos de rejeição do órgão, ideia trazida por Guthrie.^[11]

Em 1940, Vladimir P. Demikhov (1916-1998) relatou um experimento com cães de um transplante heterotópico realizado com sucesso. O animal sobreviveu por 5 dias.^[12] Depois disso, com o advento da circulação extracorpórea (CEC), o campo para avanços nos transplantes cardíacos estava preparado. Iniciou-se a pesquisa de transplantes cardíacos ortotópicos, quando se retira o coração doente e em seu lugar é implantado um órgão saudável retirado de um doador.^[13] Em 1958, Golberg *et al* utilizaram uma técnica cirúrgica na tentativa de manter as veias pulmonares preservadas e, com isso, não seria necessário realizar anastomoses individualizadas. Uma porção do átrio esquerdo foi preservada para se conseguir essa ação.^[4]

O primeiro relato científico público foi apenas em 1964, por James Hardy (1918- 2003) e colaboradores, quando foi realizado o transplante entre um chimpanzé e um humano. Entretanto, o menor tamanho do coração do chimpanzé em relação ao humano fez com que o paciente evoluísse a óbito por falência cardíaca, horas depois do procedimento.

No Brasil, em 1959, Edídio Guertzenstein e Paulo Rodrigues da Silva (1931), na disciplina de técnica operatória e cirurgia experimental da escola de medicina e cirurgia do Rio de Janeiro, atual Uni-Rio, realizaram trabalho pioneiro, com o título “Transplante cardíaco homólogo em cão”, com transplantes ortotópicos intratorácicos e heterotópicos na região cervical dos cães.^[4]

Em 1960, Richard Lower (1929-2008) e Norman Shumway (1923-2006), que trabalhavam junto a Demikhov, publicaram um trabalho experimental único ao tema. Eles utilizaram uma técnica de anastomose bi-atrial em oito cães. Destes, cinco cães receptores do transplante sobreviveram por seis a 21 dias, realizando atividades e esforços físicos normalmente no pós-operatório. Esse foi o primeiro relato de um experimento bem-sucedido em mamíferos.^[12]

A história do primeiro transplante cardíaco entre humanos ocorreu no dia 3 de dezembro de 1967, em que o paciente Louis Washkansky, na África do Sul, recebeu um coração transplantado por Christian Barnard (1922-2001), um cirurgião cardíaco sul-africano, gerando vários dilemas éticos e legais sobre tal ação. O senhor Washkansky tinha 54 anos e uma severa doença nas artérias coronarianas, aliada a múltiplos infartos do miocárdio. A doadora foi uma mulher de 24 anos, descerebrada.^[14]

Washkansky saiu da sala de operação com um bloqueio atrioventricular controlado por marca-passo. Durante o procedimento houve apenas 14 minutos de isquemia do coração e o paciente ficou 117 minutos em perfusão extracorpórea. Ele acabou morrendo após 17 dias devido a pneumonia secundária a pseudomonas. O segundo paciente, Philip Blaiberg, recebeu alta hospitalar desenvolvendo algumas atividades físicas, sobrevivendo por 20 meses.^[14]

Em 1968, 52 centros médicos realizaram 102 transplantes de coração. Entretanto, ocorreram problemas na seleção dos pacientes e dos doadores de órgãos, na preservação dos órgãos e na imunossupressão. A ocorrência de rejeição e infecção diminuiu o entusiasmo dos cirurgiões nos anos seguintes, fazendo com que alguns poucos procedimentos fossem realizados.^[14]

No Brasil, em 26 de março de 1968, o médico Euryclides de Jesus Zerbini (1912-1993) realizou o primeiro transplante cardíaco homólogo ortotópico em um paciente com miocardiopatia chagásica. O lavrador mato-grossense João Ferreira da Cunha, conhecido como João Boiadeiro, recebeu um coração novo de Luís Ferreira de Barros, morto por atropelamento. Entretanto, após 28 dias ele evoluiu a óbito, por associação à rejeição do órgão.^[4]

Em 1972, o principal avanço nos diagnósticos de rejeição de transplantados cardíacos veio por meio da biópsia miocárdica. Essa técnica

provou ser mais sensível para o diagnóstico à rejeição. Posteriormente, em 1981, Rupert Billingham (1921-2002) definiu os padrões histológicos por meio da biópsia endomiocárdica, demonstrando a fase ou estágio da rejeição: suave, moderada, grave ou em resolução.^[4]

Atualmente, o transplante cardíaco é considerado padrão-ouro para o tratamento da insuficiência cardíaca refratária. Muitos avanços científicos ocorreram nessas últimas décadas, com impacto significativo no tempo de sobrevida do indivíduo. Entretanto o número de pacientes que entram para a lista de transplante cardíaco aumenta mais do que o de doadores de órgãos.

Muito tem sido aprendido durante quase 120 anos de história sobre transplante cardíaco, mas algumas questões ainda permanecem sem respostas. O tratamento com o transplante cardíaco, utilizado para as cardiopatias graves sem resposta ao tratamento medicamentoso, mostrou-se bastante efetivo e pode dar uma sobrevida maior e com qualidade para os pacientes.

Todos estes fatores colaboraram para evolução moderna dos transplantes de órgãos. Ainda é necessário investimento em pesquisas nessa área, tendo em vista que suas descobertas e principais evoluções foram recentes. Entender melhor a dinâmica de imunossupressão e aprimorar o desenvolvimento de técnicas de retirada e do implante do órgão são atitudes necessárias para que a perspectiva do transplante de órgãos seja crescente. Com isso, será mais viável o aperfeiçoamento das competências dos profissionais envolvidos, as quais são diferentes de pessoa para pessoa.^[15]

2.2. TRANSPLANTE CARDÍACO

O transplante cardíaco (TC) é uma forma de tratamento para os pacientes que se encontram com insuficiência cardíaca (IC), sem possibilidade de melhora clínica com tratamento convencional. É a forma mais eficaz para a correção dessa patologia e o prolongamento da vida do paciente. Essa terapêutica possibilita a melhora da qualidade de vida, da capacidade de realização de atividades práticas e do retorno ao ambiente de trabalho em menor tempo, ou seja, traz as atividades de vida diária do paciente de volta.

O TC, em seu início, trouxe grandes dilemas éticos, religiosos, morais e judiciais, tendo em vista que é a retirada de um coração “que ainda bate” em um indivíduo considerado com morte encefálica para implante em outra pessoa doente. Discussões sobre o conceito de morte e retirada de órgãos foram pertinentes na década de 1980.

A conceituação histórica da população sobre a morte tem amparo no fato de o coração não bater nem haver respiração. Nos dias atuais, essa concepção é vista frequentemente em falas daqueles que perdem seu ente querido. O pensamento de que haveria uma morte encefálica, em que as atividades cerebrais não acontecem mais e que, mesmo diante dessa situação, o organismo mantinha sua funcionalidade trouxe nuances para discussão. Exemplo disso foi a questão levantada pelos religiosos, por considerar que, se o indivíduo ainda possuía batimento cardíaco, significava que o espírito ainda estava presente e que, nesse caso, o indivíduo não teria morrido.^[14]

Tais dilemas foram aos poucos sendo contornados por legislações e pelo avanço nas discussões, pois verificou-se a necessidade do surgimento de definições acerca da morte, morte encefálica e protocolos para realização da captação e implante de órgão.

Outro ponto forte dos dilemas éticos do TC está relacionado a quem deverá receber o órgão ofertado. Nesse sentido, com o uso de escalas de classificação se elegeu uma priorização, em função da gravidade do quadro clínico do paciente, e se criou lista unificada de TC, mecanismos que serão abordados adiante no capítulo. Essas medidas tentaram criar parâmetros de igualdade, justiça e ética para o processo de TC.

As causas mais recorrentes de TC são oriundas de insuficiência cardíaca (IC). Essas ICs geralmente têm sua origem nas miocardiopatias isquêmicas, dilatadas, idiopáticas, hipertensivas e por doença de Chagas.

Geralmente a IC ocorre devido a uma lesão primária no miocárdio, que gera a disfunção ventricular, em que o coração em seu ventrículo esquerdo e/ou direito não consegue ejetar o sangue de maneira adequada.

Essa situação irá proporcionar mecanismos compensatórios cardíacos, relacionados à fisiologia humana de adaptação neuro-humoral, resultando em alteração estrutural cardíaca (remodelamento cardíaco) na tentativa de compensar o trabalho cardíaco e manter as condições de débito cardíaco

fisiológico. Ocorre também alteração estrutural da circulação periférica, gerando um aumento do estresse oxidativo, processo inflamatório e apoptose celular (Figura 1).^[1]

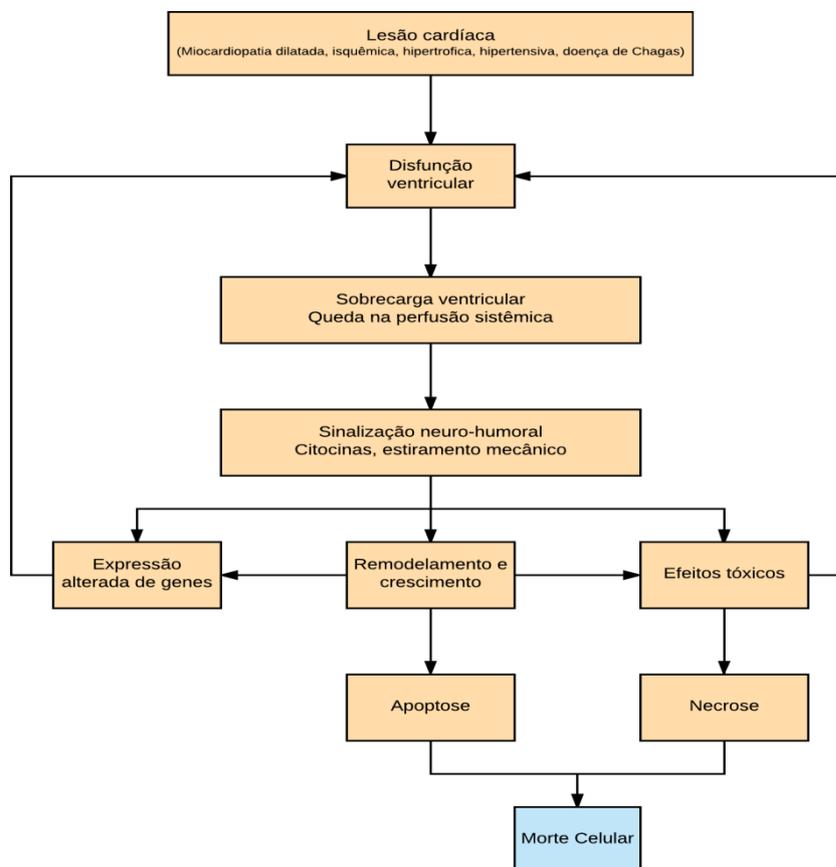


Figura 1: Círculo vicioso que ocorre na presença de lesão miocárdica levando a disfunção. Brasil, 2015.

Fonte: MOREIRA, 2015.^[16] (com adaptações) (Software Edraw Max for MacOSX)

A IC pode acontecer por ausência de sintomas ou até pacientes sintomáticos graves. Nesse sentido deve-se ter em mente que a IC é uma condição em que o coração se torna incapaz de bombear o sangue ao indivíduo, ou seja, o aporte de oxigênio e nutrientes para o organismo é comprometido; ou, ainda, o aporte se faz, porém, às custas de elevada pressão de enchimento e maior trabalho cardíaco. São vários os fatores que resultam nesse comprometimento cardíaco, sendo o principal aquele que gera o dano inicial.^[16]

A *New York Heart Association* (NYHA) aponta algumas variáveis clínicas para melhor entendimento e avaliação do indivíduo quanto à gravidade da IC (Tabela 1). O principal fator avaliado por essa escala é a dispneia presente como sinal e sintoma. Apesar de ser uma escala de fácil aplicação, em algumas

situações, principalmente em pacientes em estado gravíssimo, foram propostos outros modelos de avaliação clínica por outras organizações de saúde.^[1]

Tabela 1 – Classificação de paciente com Insuficiência Cardíaca (IC) segundo NYHA (2015)

CLASSIFICAÇÃO NYHA	DESCRIÇÃO	MORTALIDADE
I	Paciente com doença cardíaca, porém sem limitação para atividades físicas habituais	5%
II	Paciente com leve limitação para atividades físicas habituais assintomáticos em repouso	10%
III	Paciente com limitação proeminente para atividades físicas habituais; assintomáticos em repouso	30%
IV	Paciente sintomático inclusive em repouso	50% a 60%

Fonte: MOREIRA, 2015.^[16] (com adaptações).

O TC é indicado quando o paciente está com IC avançada, geralmente em classes III e IV, de acordo com NYHA, com expectativa de vida \leq um ano, condição em que se encontra com péssima qualidade de vida e que apresenta elevado grau de mortalidade. Nessa situação, o tratamento clínico por meio de medicamentos não consegue mais assegurar boa qualidade de vida ao paciente, sendo necessário o suporte com drogas inotrópicas endovenosas e circulatório mecânico, além de internação em leito de terapia intensiva nos casos mais graves. Assim, faz-se necessária uma avaliação para substituição do coração adoecido por um sadio^[17].

Para que seja realizada a indicação ao TC, é preciso um processo de avaliação rigoroso, com procedimentos críticos de seleção. Atualmente, os critérios de elegibilidade do TC (Tabela 2) vêm sofrendo algumas alterações diante dos avanços no campo de saúde e dos exames complementares que auxiliam nas condutas.

Da mesma forma, os critérios de contraindicações do TC vêm sendo alterados pelo desenvolvimento de novas abordagens aos tratamentos de determinadas doenças. Eles são divididos em critérios de contraindicação absolutas, em que a condição do indivíduo não é compatível para receber o novo órgão, e relativas, em que, se tratado de maneira adequada, o paciente pode reverter o quadro e ter condições de receber o novo órgão (Tabela 3).^[16]

Tabela 2 – Indicação de transplante cardíaco. Brasil, 2018

-
- 1 Choque cardiogênico com utilização de drogas vasoativas inotrópicas endovenosas ou suporte circulatório mecânico
 - 2 IC classe IV que não responde ao tratamento clínico e VO_2 (consumo de oxigênio) pico < 12 ml/kg/min.
 - 3 Isquemia grave e limitante sem indicação de cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM) ou outro procedimento.
Arritmias ventriculares graves e refratárias (TVS [taquicardia ventricular sustentada] ou FV [fibrilação ventricular]) ao tratamento clínico e/ou implante de cardiodesfibrilador implantável e/ou ablação.
-

Fonte: MOREIRA, 2015. ^[16] (com adaptações).

Tabela 3 – Contraindicação de transplante cardíaco. Brasil, 2018

Absolutas	
1	Doença sistêmica com expectativa de vida < 2 anos.
2	Câncer nos últimos 5 anos.
3	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) com infecções oportunistas frequentes.
4	Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), sarcoidose, amiloidose com envolvimento sistêmico.
5	Doença hepática ou renal irreversível (considerar transplante associado).
6	Doença pulmonar grave (FEV1 <1 l/min).
7	Hipertensão pulmonar fixa.
8	Pressão sistólica em artéria pulmonar > 60 mmHg.
9	Gradiente transpulmonar > 15 mmHg.
10	Resistência vascular pulmonar > 6 unidades Wood, não caindo abaixo de 4 com vasodilatador.
11	Incompatibilidade na prova cruzada entre doador e receptor.
Relativas	
1	Idade > 72 anos
2	Infecção em atividade (com exceção das relacionadas aos dispositivos de suporte circulatório).
3	Úlcera péptica em atividade.
4	Diabete mellitus com lesão de órgão-alvo (nefropatia, neuropatia ou retinopatia).
5	Doença cerebrovascular ou periférica.
6	Doença vascular periférica grave não passível de correção percutânea ou cirúrgica.
7	Estenose carotídea sintomática.
8	Índice tornozelo-braquial < 0,7.
9	Aneurisma de aorta abdominal não operado.
10	Obesidade mórbida (Índice de Massa Corporal [IMC] > 35 kg/m ²) ou caquexia (IMC < 18 kg/m ²).
11	Creatinina > 2,5 mg/dl ou <i>clearance</i> de creatinina < 25 ml/min.
12	Bilirrubina > 2,5 mg/dl, transaminases > 3 vezes o valor de referência, RNI > 1,5 UI.
13	Doença pulmonar grave com FEV1 < 40% do normal.
14	Infarto pulmonar recente nas últimas 8 semanas.
15	Hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle.
16	Doença neurológica ou neuromuscular irreversível.
17	Doença ou instabilidade psicossocial.
18	Uso de álcool, cigarro ou drogas ilícitas nos últimos 6 meses.
19	Trombocitopenia induzida por heparina nos últimos 100 dias.

Fonte: MOREIRA, 2015.^[16] (com adaptações).

Uma equipe experiente favorece o processo de listagem de paciente para o TC. A avaliação deve ser multiprofissional, englobando cardiologistas clínicos, cirurgião cardiovascular, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, odontólogo, assistente social e psicólogo. Esse grupo é responsável por realizar a avaliação do candidato a TC dentro das suas áreas de atuação e emitir um parecer sobre as condições biopsicossociais do indivíduo (Figura 2), indicando se ele possui condições se submeter ao TC e se preenche os critérios de elegibilidade. Apesar de serem apenas os profissionais aqui relacionados, a presença de outras

categorias pode ser solicitada pelos membros, visando à discussão do planejamento de assistência à saúde.

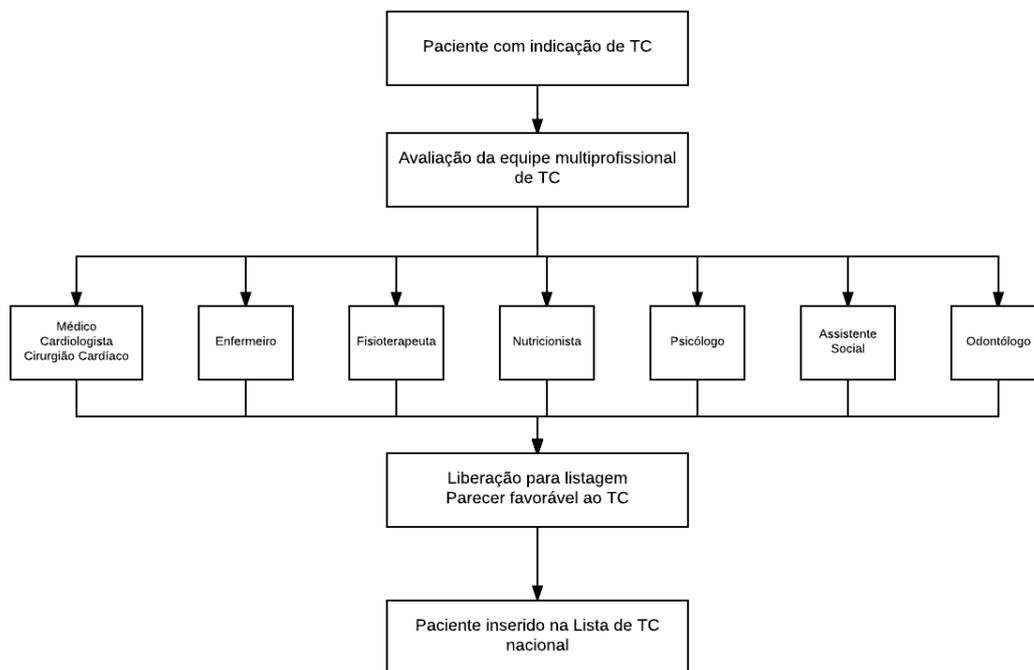


Figura 2: Processo de avaliação do paciente candidato ao Transplante Cardíaco (TC). Brasil, 2019.

Fonte: Diretriz de Transplante Cardíaco^[5], 2019. (Software Edraw Max for MacOSX)

A intenção de cada um desses profissionais é emitir um parecer sobre o paciente e os fatores de risco que o paciente ou familiares podem apresentar diante da condição de TC. Além disso, não é realizada apenas uma avaliação, mas várias, para que se tenha a formação de vínculo entre paciente/família e profissional de saúde, ou seja, para a construção da resiliência e fortalecimento do paciente candidato ao transplante cardíaco. Nessas avaliações pré-transplante, cada membro da equipe multiprofissional trabalha os fatores de risco, objetivando mitigá-los.

Assim, a avaliação do enfermeiro abrange os aspectos relacionados ao cuidado, fatores que podem prejudicar a adesão ao tratamento, presença do cuidador, condições de infraestrutura e de higiene do ambiente. A avaliação do psicólogo visa às questões da *psique*, bem como o estado emocional seu e da família. A avaliação do serviço social tem por base verificar a situação socioeconômica do paciente, que possa ser considerada como risco. A avaliação

da odontologia é precisa, pois há algumas doenças cardíacas que ocorrem devido à presença de cáries e placas bacterianas dentárias. A avaliação nutricional está voltada aos hábitos alimentares do paciente e a avaliação fisioterapêutica é necessária para promover a recuperação no pós-operatório e permitir a melhora do quadro físico do paciente, observadas as suas limitações antes e após o TC. A avaliação médica e cirúrgica é uma das etapas mais importantes, pois nela são verificados os critérios clínicos de indicação e contra-indicação, além da melhor técnica cirúrgica para a realização do transplante (Tabela 4).

Tabela 4 – Tópicos abordados pela avaliação multiprofissional ao paciente e familiares de transplante cardíaco (2015)

Geral	
1	Explicação sobre doença e sintomas.
2	Causa provável da cardiomiopatia.
3	Sinais de alerta da descompensação.
4	O que fazer durante descompensação.
5	Explicação sobre planejamento do tratamento.
6	Explicação das responsabilidades do paciente.
7	Papel da família e dos cuidadores.
8	Importância da abstinência de fumo e do álcool.
9	Vacinação.
10	Disponibilidade dos serviços especializados.
Prognóstico	
1	Expectativa de vida.
2	Alternativas de tratamento.
3	Aconselhamento a familiares quanto a eventual parada cardíaca.
Atividades	
1	Programas de condicionamento físico.
2	Atividade recreacional e de lazer.
3	Atividade sexual.
4	Viagens.
Dieta	
1	Restrição de sódio.
2	Restrição hídrica.
Medicação	
1	Efeito das medicações na sobrevida e na qualidade de vida.
2	Nomes e doses das medicações.
3	Efeitos colaterais prováveis.
4	Uso em horários regulares.
5	Fornecimento de formulários.

Fonte: MOREIRA, 2015.^[16] (com adaptações).

Para que haja o TC, é preciso haver um doador viável. Esse aspecto é o que traz maiores dilemas éticos, pois o senso comum pressupõe que para que “*se salve uma vida, outra vida foi perdida*”. Os debates entre o entendimento de morte pela sociedade, as questões de quem irá receber o órgão, o direito ao

acesso pelo Sistema Único de Saúde (SUS), todos esses aspectos permeiam a discussão do processo de doação-transplante. Além disso, o manejo com o doador é crucial, tendo em vista que o coração é um órgão nobre, não apenas por toda a filosofia e simbolismo que ele representa, mas pelo criterioso e exigente aspecto fisiológico.

A morte encefálica (ME) é o primeiro passo para que haja um doador de órgão. Esse conceito surge concomitante à evolução do transplante de órgãos, bem como ao suporte de vida mediante uso das técnicas de ressuscitação. Em quase 60 anos após o início de sua discussão, a ME se tornou objeto de estudo da ciência em áreas como filosofia, bioética, direito, religião e saúde. No Brasil, a definição de ME é considerada como a identificação da lesão nervosa central irreversível, seja clínica, legal e/ou socialmente^[18].

Após a constatação de ME, o potencial doador é minuciosamente averiguado para a doação de órgão, de acordo com os critérios clínicos (Tabela 5), verificação do consentimento da família, da tipagem sanguínea (sistema ABO) e do histórico médico (antecedentes de morbidades, uso de drogas lícitas ou ilícitas). Além desses dados iniciais, são verificadas outras informações, como eventual utilização de drogas vasoativas, estabilidade hemodinâmica, se há presença de trauma torácico, alterações em exames laboratoriais e exames complementares cardíacos (ecocardiograma, eletrocardiograma e/ou cateterismo). Seguindo essas etapas, ainda existe a inspeção do órgão, realizada quando da captação do coração do doador pelo cirurgião, que irá averiguar se existem sinais visíveis de lesão cardíaca, batimento cardíaco (contratilidade), malformações ou placas de cálcio^[5].

Tabela 5 – Critérios clínicos e exames complementares de Morte Encefálica (ME) em adultos e crianças (2018)

1	Determinação da etiologia do coma
2	Ausência de respostas motoras
3	Pupilas sem respostas a estímulo luminoso, médio-fixas e dilatadas (4-6mm)
4	Ausência de reflexos corneopalpebrais
5	Ausência de resposta a estímulo calórico
6	Ausência de reflexo de tosse
7	Ausência de reflexo oculocefálico
8	Ausência de <i>drive</i> respiratório com PaCO ₂ de 60 mmHg ou 20 mmHg acima do valor basal
9	Intervalo mínimo entre duas avaliações clínicas, de acordo com a idade do potencial doador:
	a. 7 dias – 2 meses de idade: 24h
	b. 2 meses – 2 anos de idade: 12h
	c. > 2 anos de idade: 1h

Fonte: BACAL, 2010.^[6] (com adaptações)

O pós-transplante cardíaco necessita de cuidados especiais e a condição de risco de morte é presente e dependerá da condição clínica do doador e do receptor cardíaco.

O processo eficiente de captação e implante de órgão se faz crucial, pois eventuais erros durante alguma dessas etapas podem prejudicar todo o processo de TC. A avaliação rotineira dos pacientes em lista de TC também se faz necessária para que haja monitoramento dos pacientes e de alterações no quadro de saúde (IC), para que eles sejam reconduzidos em ordem de prioridade na lista de TC. Em média, o tempo de vida de um paciente transplantado cardíaco gira em torno de 10 anos após o enxerto, mas há relatos de maior tempo de permanência com o órgão^[5].

2.3. ARCABOUÇO NORMATIVO

As normativas que legislam sobre o TC estão incluídas no Sistema Nacional de Transplante (SNT), criado pelo Ministério da Saúde. As principais são a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997^[19], que faz referência à retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano; o Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, posteriormente revogado pelo Decreto nº 9.175, 18 de outubro de 2017^[20], que regulamenta os dispositivos da Lei nº 9.434; a Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001^[21], que traz novas redações à Lei nº 9.434; e, ainda, os atos

do Conselho Federal de Medicina (CFM), órgão que legisla sobre o tema, na forma das Resoluções nº 1.480/1997^[22] e nº 2.173/2017^[23].

As primeiras normas prescritas sobre doação de órgão surgiram no Conselho Europeu em 1978, quando foi emitida uma recomendação para que fossem repensadas as legislações nacionais dos diferentes países europeus sobre a doação de órgãos. Essa recomendação tratava sobre os direitos dos doadores e fazia menção às doações voluntárias, à remuneração de doadores vivos e à redução gradual da oferta de órgão por esses doadores vivos. Nessa perspectiva, objetivaram três pontos importantes: 1) facilitar a obtenção de órgãos viáveis para transplante; 2) proteger os interesses individuais do doador cadáver, doador vivo e receptor; 3) apoiar os profissionais de saúde e as autoridades sanitárias com o marco jurídico, para que fossem realizadas as atividades de trabalho sem dificuldades. Assim, as normativas são direcionadas por esses pressupostos, trabalhando a equidade para os indivíduos envolvidos no processo de transplante de órgãos^[14].

No Brasil, a primeira legislação que tratava de doação de órgãos foi elaborada em 1992, nos termos da Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992^[24], tendo como critério de doação a voluntariedade, o que originou a proposta de deixar registrado no registro geral (RG) ou carteira nacional de habilitação (CNH) o desejo de ser ou não doador de órgão. Assim, o Estado, de forma coerciva, estabeleceu o processo de doação, sob pressuposto do registro expresso do desejo do indivíduo nesse sentido.

Tal legislação, porém, apresentava alguns pontos negativos, pois a família do indivíduo não participava do processo, valia o que estava no RG ou na CNH; as camadas sociais mais pobres, que não possuíam documentação, mesmo sendo potenciais doadores e com o consentimento da família, não poderiam doar os órgãos. Essa situação foi alterada pela Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997^[19], pela qual o indivíduo pode expressar aos seus familiares o desejo de ser doador (consentimento presumido). Após isso, o Decreto nº 9.175/2017^[20], que revogou o Decreto nº 2.268^[25], estabeleceu as responsabilidades do Sistema Nacional de Transplante (SNT) e seus órgãos acessórios. A Lei nº 10.211/2001^[21] trouxe a autonomia para a família decidir sobre a doação de órgãos, o que se mostrou um importante passo na história dos transplantes de

órgãos no Brasil, pois possibilitou o aumento da oferta de órgãos para captação.

A ME foi definida pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1480/1997^[22], que estabeleceu os critérios para caracterização de ME, possibilitando avanço no diagnóstico e por consequência no sistema de doação de órgãos. Anteriormente, os critérios de morte eram baseados na parada cardiorrespiratória, ou seja, o coração do indivíduo deveria parar de bater para que fosse declarada a morte, restringindo a doação de órgãos devido ao tempo de isquemia. Recentemente houve uma nova redação e atualização dos critérios pelo CFM, com a Resolução nº 2173/2017^[23] modificando parâmetros operacionais para o diagnóstico de ME e o intervalo entre a realização dos testes (Tabela 5).

Ainda assim, mesmo com definições legais sobre o processo de doação de órgãos, tem-se grandes dilemas éticos envolvidos e novas discussões sobre a temática surgem. Sejam pelos aspectos sociais, religiosos, normativos ou pelas propostas de avanços tecnológicos, através de transplantes entre animais e seres humanos (xenotransplante), utilização de células embrionárias para realização de transplante. Todo esse processo está envolvido nas atividades de trabalho dos profissionais de saúde que encontram essas situações problemas para atuarem.

Em que pesem todos os benefícios advindos da possibilidade de doação de órgãos por parte de doadores vivos, a utilização de doadores cadáveres ainda se mostra a melhor alternativa para obtenção de órgãos, em face de toda a polêmica que ainda perpassa a matéria.

3. PROCESSO DE DOAÇÃO-TRANSPLANTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Este capítulo será apresentado em formato de artigo.

Título: Processo de doação-transplante: uma revisão integrativa

Submissão: Revista Panamericana de Salud Publica, Organização Panamericana de Saúde.

Autores: Higor Alencar dos Santos e Magda Duarte dos Anjos Scherer.

PROCESSO DE DOAÇÃO-TRANSPLANTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

O transplante de órgãos é uma modalidade de assistência à saúde, necessária em casos graves de doenças crônicas, tornando os usuários de saúde dependentes de equipamentos para manter sua sobrevivência. Para que ocorra o transplante, é preciso que ocorra a doação de órgãos, sendo que ambos exigem processos de trabalho distintos, mas interligados. O Brasil carece de estudos a esse respeito. Esta revisão integrativa tem por objetivo analisar a produção científica recente sobre os atores e as etapas do processo de doação-transplante. Os dados foram coletados nas bases de dados Academic Research Library, Research Library, PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science, SciELO, LILACS e BDNF, por meio dos descritores transplante, trabalho, medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social, fisioterapia e odontologia. Foram incluídos 26 artigos, a maioria estudos qualitativos publicados nos últimos cinco anos na região sul do país. O transplante foi abordado por 77% das publicações, enquanto a captação/doação de órgãos por 23%, predominando o transplante hepático e o renal. Em relação aos atores envolvidos no processo de doação-transplante, 17 artigos abordaram a sociedade, 12 trataram da equipe e da coordenação de transplante. Dentre as etapas, a fase crucial para o processo de doação-transplante é a detecção e avaliação do potencial doador. Conclui-se que os principais desafios estão na sensibilização dos atores, na melhoria da infraestrutura e no preparo dos profissionais para lidar com a finitude da vida.

Palavras-chaves: trabalho; transplante; transplante de órgão;

INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos em geral surge de uma pessoa com condição crônica de saúde e com grau de dependência do serviço de saúde elevado, como por exemplo as situações que acometem os indivíduos com insuficiências cardíacas, renais e pulmonares severas, com dependência de medicamentos e equipamentos para manutenção das condições de vida.

Há duas formas para que ocorra a doação de órgãos: a primeira, de um doador cadáver (pessoa que está em morte encefálica e através do consentimento familiar para a doação de seus órgãos); e a segunda, de um doador vivo (pessoa que possui compatibilidade sanguínea com o receptor). Em grande parte dos casos é necessário que uma pessoa venha a falecer para que ocorra a doação de órgãos. Os transplantes são terapêuticas bem estabelecidas, utilizadas quando não existem outras formas de tratamento ou que os resultados alcançados pelos tratamentos convencionais não alcançam resultados esperados ou satisfatórios.¹

O Brasil conta com um sistema público de acesso gratuito e irrestrito aos que necessitam de transplante de órgãos e tecidos, sendo um dos maiores programas públicos do mundo. O processo de doação-transplante (PDT) é gerenciado em âmbito nacional pelo Ministério da Saúde (MS), por meio do Sistema Nacional de Transplantes (SNT). A Central Nacional de Transplante é responsável, dentro do sistema, por agilizar todas as etapas de doação e transplante e mantém relação próxima com as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), que estão nas esferas estadual e distrital para identificar os potenciais doadores e realizar a distribuição do órgão de acordo com os critérios de compatibilidade e estado de saúde do receptor. (Figura 1).²

O órgão doado pela família é captado e distribuído com base em lista única de espera, que possui níveis de hierarquização de acordo com as condições clínicas do receptor, sendo organizada em âmbito regional, estadual e nacional. A participação dos hospitais para realização de transplantes de órgãos é autorizada e regulada pelo MS de acordo com a legislação, por meio de adesão. O custeio dos procedimentos de transplante fica a cargo do MS,

desde a busca pelo potencial doador até o acompanhamento do pós-transplante do paciente.³

A doação e o transplante de órgãos, por estarem situados no limite entre o individual e o coletivo, entre a vida e a morte, geram dilemas morais relacionados à bioética, que ultrapassam os indivíduos e provocam debate na sociedade. Discutem-se, por exemplo, critérios para doação e indicação de transplante, alocação de recursos públicos de alta tecnologia, comércio ilegal de órgãos e autonomia do uso do próprio corpo, entre outros.

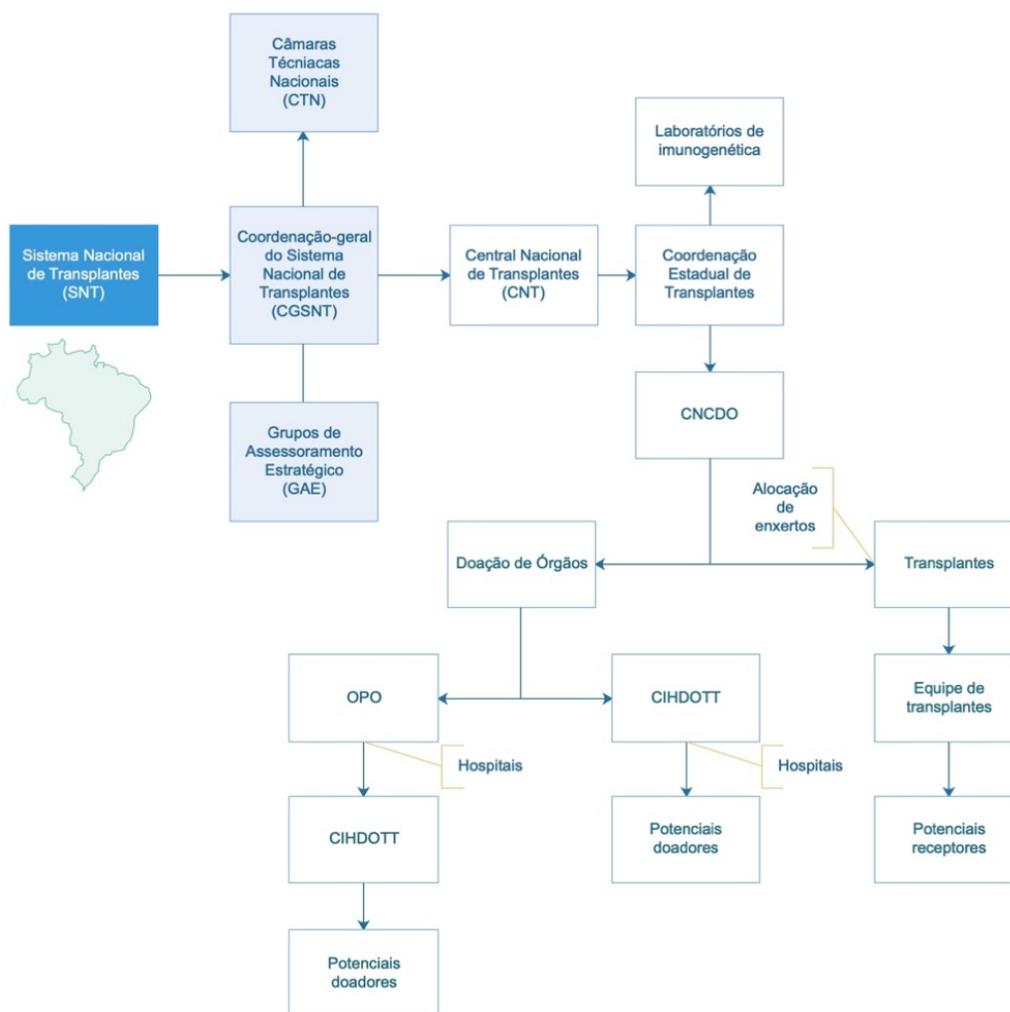


Figura 1: Estrutura e funcionamento do Sistema Nacional de Transplante (SNT), Brasil, 2009.

LEGENDA: CGSNT: Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplante; CIHDOTT: Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante; CNCDO: Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos; CNT: Central Nacional de Transplantes; CTN: Câmara Técnicas Nacionais; GAE: Grupos de Assessoramento Estratégico; OPO: Organização de Procura de Órgãos; SNT: Sistema Nacional de Transplantes.

Fonte: Garcia, 2019.⁴

Nesse contexto é que atuam as equipes multiprofissionais, que devem estar bem preparadas para todas as etapas que ocorrem, da doação ao

transplante. O trabalho deles pode se tornar árduo diante dos aspectos éticos, legais e emocionais, que exigem habilidades para as quais os profissionais nem sempre receberam capacitação ou têm apoio institucional. Os profissionais precisam comprovar que um indivíduo está apto ao transplante e ao mesmo tempo lidar com a família do doador.²

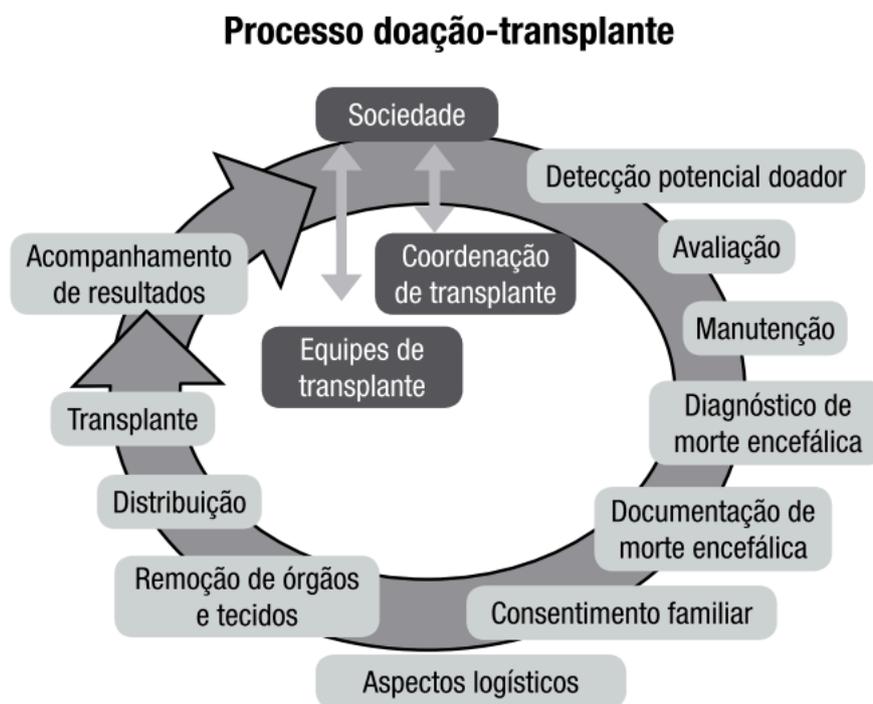


Figura 2: Etapas do processo de doação e transplante, São Paulo, 2009.
 Fonte: ABTO, 2009.⁵

Para que haja doação que possa culminar num transplante de órgãos, são várias as etapas e atores envolvidos (Figura 2). Sociedade, coordenação e equipes de transplantes estão envolvidas nesse processo devido à questão do ato de doação por uma família e pelo envolvimento dos profissionais. Há necessidade de que o médico identifique o potencial doador e que, na sequência, o enfermeiro da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) ou da Organização de Procura de Órgãos e tecidos (OPO) aborde a família do doador para obter o consentimento (Figura 1). O trabalho daqueles que acompanham os usuários de saúde com indicação para o transplante também deve estar sendo executado pelos demais membros da equipe de transplante (médico clínico, enfermeiro coordenador de transplante, psicólogo, assistente social, nutricionista, entre outras profissionais) para que,

no momento da oferta, o receptor esteja em condições clínicas para receber o órgão.

Os profissionais devem estar preparados para conduzir o processo, assim como os familiares de ambas as partes, doador e receptor, precisam estar esclarecidos sobre a morte encefálica e a distribuição de órgãos, bem como sobre alguns mitos que podem ser quebrados como “que o corpo do doador ficará mutilado”. A ausência de informações ocasiona respostas negativas para a equipe e o medo do desconhecido é um fator importante nesse momento.⁶

Entretanto, são necessárias estratégias permanentes de sensibilização da sociedade, dos profissionais de saúde e dos estudantes que estão em formação, para que as lacunas assistenciais e modificações estruturais possam melhorar o serviço e o desempenho do SNT, sobretudo o tempo de espera por um transplante para o indivíduo que se encontra em lista de espera.

O contexto sugere que as situações complexas do processo doação-transplante (PDT) geram impasses e dilemas para os profissionais. Nesse sentido, este estudo objetiva analisar a produção científica recente sobre os atores e as etapas do processo de transplante de órgãos e tecidos.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa cujo protocolo foi desenvolvido em seis etapas que buscavam garantir rigor metodológico: 1) identificação do tema e seleção da pergunta de pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão; 3) identificação das informações, considerando todas as características em comum; 4) avaliação dos estudos e realização de análise crítica dos achados; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão, reportando de forma clara aos achados.⁷

Os estudos foram coletados em três portais de base de dados: 1) ProQuest, com acesso às seguintes bases de dados: *Academic Research Library*, *Research Library*, PubMed (MEDLINE) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); 2) Periódicos CAPES, com acesso às seguintes bases de dados: Scopus, Web of Science e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); 3) Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com acesso às

seguintes bases de dados: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Base de dados de Enfermagem* (BDENF).

Os descritores utilizados nas bases de dados em inglês foram: (transplantation AND work) (medicine OR nursing OR psychology OR nutrition OR social service OR physiotherapy OR dentistry). Nas bases de dados em português foram: (transplante AND trabalho) (medicina OR enfermagem OR psicologia OR nutrição OR serviço social OR fisioterapia OR odontologia). A combinação foi realizada com o auxílio dos operadores booleanos “AND” e “OR” e utilizando operadores MeSH ou análogos, de acordo com a base pesquisada quando disponível.

Pesquisaram-se publicações a partir de 1980, por se tratar da década de inclusão dos imunossupressores no tratamento de usuários de saúde transplantados, até 2018. Acredita-se que esse período poderia compreender experiências e pactuações importantes relacionadas com os processos de trabalhos envolvidos na temática. Foram incluídos artigos (original, relato de caso, relato de experiência) disponíveis na íntegra nas línguas inglesa, espanhola, portuguesa e francesa, que abordavam os atores e as etapas do PDT. Foram excluídos os estudos que realizavam reflexões teóricas, dissertações, teses e revisão de literatura.

A coleta de dados foi realizada por um pesquisador e a seleção e avaliação dos estudos pareada por dois pesquisadores familiarizados com o tema e com o método. Foram encontrados quatro artigos na Academic Research Library, 113 na Research Library, 67 na PubMed (MEDLINE), 24 na CINAHL, 183 na Scopus, 36 na Web of Science, 120 na SciELO, 219 na LILACS e 44 na BDENF, totalizando 810 artigos.

Após a leitura do título, foram selecionados 118 artigos, depois retirados 71 que se repetiam, resultando em 47 artigos para leitura dos resumos. Ao fim, 26 artigos foram incluídos para leitura na íntegra e todos eles integraram o estudo (Figura 3).

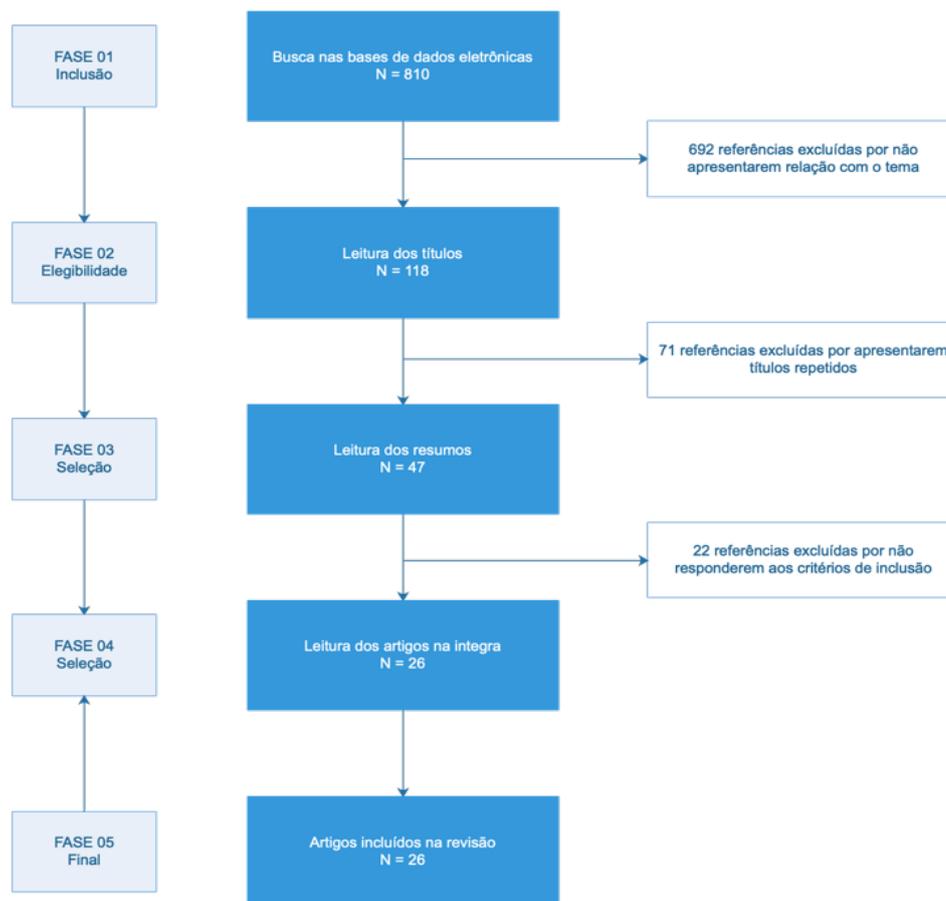


Figura 3: Busca, seleção, inclusão e exclusão dos estudos sobre o processo de trabalho em uma equipe de transplante de órgão.

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Nos artigos incluídos foram identificados aspectos gerais da publicação, características metodológicas e descrições da atuação dos profissionais que compunham a equipe de transplante de órgão (Tabela 1). A triagem das informações foi realizada independentemente pelos pesquisadores e posteriormente comparada em reunião de consenso.

Posteriormente, foram extraídos os temas relevantes dos artigos, os quais foram sistematizados segundo os atores e as etapas do processo de doação-transplante: atores envolvidos (sociedade; equipe e coordenação de transplante); detecção, avaliação do potencial doador e diagnóstico de morte encefálica; manutenção do doador; consentimento familiar; remoção de órgãos e tecidos, distribuição e aspectos da logística; transplante; acompanhamento de resultados).^{8,9}.

RESULTADOS

Dos 26 artigos analisados (Tabela 1), 17 foram publicados nos últimos cinco anos, de 2014 a 2018. São 23 do Brasil (88,4%); dois de Portugal (7,6%), um da Colômbia (4%).

Quanto à região em que os estudos foram realizados, a maioria foi na região sul do Brasil (35%), n=9, seguida pela região sudeste (27%), n=7, nordeste (19%), n=5, centro-oeste (8%), n=2 e três estudos foram realizados fora do país (12%). Quanto à temática de doação ou transplante, a maioria aborda transplante (77%), n=20, e o restante (23%) aborda captação/doação de órgão. Em relação ao órgão do transplante (n=19), (32%) são hepáticos (n=6); (21%) renal (n=4); (16%) medula óssea (n=3); (11%) cardíaco (n=2); (5%) córnea, tecido (ilhotas pancreáticas), pulmonar, pâncreas, (n=1).

Quanto aos profissionais de saúde, predominam enfermeiros, sendo 10 artigos do total incluído, seguidos pela categoria médica (oito), psicologia (seis), serviço social (três), fisioterapia, nutrição, farmácia, terapia ocupacional (1 cada).

Todos os estudos (n=26) abordaram uma ou mais etapas do processo de doação-transplante e nenhum abordou todas.

Atores do processo de doação-transplante

Em relação à sociedade, dos 26 artigos, 17 abordaram o tema (1,2,3,4,5,6,7,8,11,13,15,16,18,19,23,25,26), sendo que seis (35%) apontam a dificuldade de “lidar com a morte” pelos profissionais no processo de doação-transplante, relacionadas a crenças, valores, experiências, como fator de impacto para o sucesso deste processo (2,3,5,8,18,19).¹⁰⁻¹⁵ O transplante é entendido como um fenômeno social e por isso há vários atores e envolvidos no processo. Além disso, existem significados diferentes para o resultado do transplante de órgão, como melhoria da qualidade de vida, mudança de estado de saúde, liberdade dos equipamentos de saúde, voltar a nascer.^{10,14,16-20} Outro aspecto apontado em quatro artigos (24%) é a carência de doadores de órgãos como um grande obstáculo para uma melhor efetivação de transplantes (3,4,8,15). Essa carência é oriunda de uma má orientação à população e o desconhecimento sobre o assunto pelos profissionais, por exemplo, os aspectos

éticos elencados com o processo da morte encefálica e a doação de órgãos.^{11,14,21,22}

Outros dois pontos foram levantados nos artigos em relação aos atores do processo: o surgimento de grupos de auxílio aos usuários de saúde pré e pós-transplantados, em 2 artigos (12%) (1,6), e o Sistema Único de Saúde (SUS) em 3 artigos (18%) (8,16,23). Estes dois pontos são fatores positivos para a sociedade e auxiliam aqueles que estão em processo de doação-transplante.^{11,16,23-25} O Brasil, por exemplo, é um dos países referência em transplante por ter boa parte do custeio realizado pelo Estado, conforme o SUS.^{11,25,26} Esses grupos auxiliam os usuários que necessitam passar pelo processo de doação-transplante de uma forma mais humanizada e estão se tornando mais fortalecidas e mais presentes. Nesse sentido, ganha destaque a ação de inclusão de terapeuta ocupacional para desenvolver habilidades junto ao usuário de saúde.^{11,16-18,25,26}

O processo de doação-transplante relacionado à equipe e à coordenação foi evidenciado em 12 artigos (1,2,3,4,5,8,11,18,19,23,25,26). O sentido gerencial do trabalho é o mais evidenciado, em nove artigos (75%), trazendo a responsabilidade de cumprimento das etapas do processo pelo profissional enfermeiro (1,2,3,5,8,11,18,23).^{10-12,14-16,21,24,25}

O processo de doação-transplante é de caráter interdisciplinar e a equipe tem função assistencial, educativa, gerencial e investigativa. A utilização da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) ou da Organização de Procura de Órgãos e tecidos (OPO) favorece no gerenciamento do órgão e seus demais aspectos logísticos, dando viabilidade.^{11,13,15,16,19,20,24}

Duas dificuldades encontradas no processo de doação-transplante nos relatos da literatura são o despreparo das equipes e a falta de recursos para propiciar uma melhor condição aos envolvidos no processo.^{12,13} Acredita-se que exista uma fragilidade na formação profissional, sendo que o mercado de trabalho acaba por ser o grande formador.¹¹⁻¹³

Detecção, avaliação do potencial doador e diagnóstico por morte encefálica

Há consenso nos artigos pesquisados de que a fase de detecção é crucial para que ocorra o processo de doação-transplante. Quando ocorre o diagnóstico de morte encefálica, existe uma comunicação para a Central Nacional de Captação e Doação de Órgãos (CNCDO) e se inicia o gerenciamento das demais etapas.^{11-15,20} O conhecimento científico da equipe, principalmente do profissional médico, que realiza o diagnóstico, é primordial para uma boa condução do caso^{11,27}, tendo em vista que há uma intensificação de rotinas assistenciais quando identificado o potencial doador, sendo a prioridade então o suporte fisiológico adequado.^{14,27} Porém, em cinco artigos (50%) (2,4,5,8,18), um grave problema é mencionado sobre a dificuldade de se comprovar o diagnóstico de morte encefálica devido à falta de infraestrutura de alguns serviços, desconhecimento da legislação de transplantes e morte encefálica, e por fim, atraso nas notificações.^{10-12,15,21}

A avaliação do doador ocorre após a confirmação da morte encefálica. Os artigos abordaram a confirmação da morte encefálica e a falta de recursos para diagnóstico dela como um grande impeditivo no processo de doação-transplante (2,3,8,14,16). Ocorre que nenhum deles abordou o trabalho de monitoramento e gerenciamento das OPO e CIHDOTT.^{11,14,15,26,27}

O diagnóstico de morte encefálica foi encontrado em seis estudos com uma abordagem conceitual baseada nas legislações brasileiras pertinentes para o período de publicação (2,3,4,8,18,26). Todos eles fazem referência aos conceitos da legislação do Conselho Federal de Medicina previstos na Resolução nº 1.480/1997 e apontam também para a dificuldade em se realizar o diagnóstico correto.^{11,12,14,15,20,21}

A documentação de morte encefálica é baseada nas legislações brasileiras e todos os estudos abordam as normas e legislações para que o processo de doação-transplante ocorra.^{13-15,19,21,26} É importante sinalizar que um estudo demonstrou a importância do enfermeiro da CIHDOTT em conferir toda a documentação de doação de órgãos e a importância desse profissional no gerenciamento do processo.^{10,12,14,15}

Consentimento familiar

O consentimento familiar é baseado no aceite da família para doação de órgãos. Ele é visto como etapa crucial para as equipes, pois é preciso realizar o esclarecimento da família sobre o assunto.^{10,12,14,15} Ocorre a entrevista familiar, etapa de maior desafio, onde a abordagem psicológica é fundamental para um momento em que a família se depara com a morte encefálica.^{10,12-15,20}

Manutenção

A manutenção do doador foi relatada em seis artigos (2,3,4,8,14,18,26), dos quais cinco (83%) referiram desgaste físico e psicológico da equipe quando da realização do cuidado ao doador, em virtude das diversas alterações fisiológicas que ocorrem com o organismo quando em morte encefálica.^{12,14,15,20,21} Os estudos apontam que as crenças profissionais interferem na assistência prestada e o dilema de manter vivo um corpo morto é recorrente nas equipes assistenciais.^{15,27} O cenário mais favorável para a condução clínica dessas situações seria a terapia intensiva, por dispor de equipamentos mais adequados.^{12,15}

Remoção de órgãos e tecidos, distribuição e logística

A remoção de órgãos e tecidos é a fase de extração do órgão do doador e implante no paciente com indicação, que exige conhecimento-técnico e científico do profissional médico.^{11,15} Os órgãos precisam estar em boas condições para a viabilidade do transplante, pois uma má manutenção pode inviabilizar a retirada, suspendendo o procedimento.^{11,15,24,26} Além disso, o controle do processo de captação por parte do enfermeiro, verificando documentação, montagem de equipamentos, material, armazenamento e transporte, são cruciais.^{24,26} Os estudos mencionam a dificuldade com materiais para realizar a captação de órgão, ocasionando o envio de materiais do hospital de origem para outras instituições de saúde, bem como a pontualidade para dar início ao procedimento, pois, corriqueiramente, há atrasos das equipes em

decorrência dos deslocamentos terrestres, aéreos e fluviais, o que ocasiona, às vezes, perda de logística.^{24,26}

A distribuição está relacionada com a listagem de usuários de saúde que aguarda o transplante, sendo o órgão direcionado para o receptor que se encontra em prioridade na fila. Sobre esse assunto, apenas um artigo (16) trouxe aspectos relevantes sobre a matéria, informando que o ponto chave para a ocorrência do transplante é o transporte do órgão e, principalmente, a documentação do doador e receptor, que resguarda a doação de órgão.²⁶

Os aspectos logísticos para transporte do órgão (envio e recebimento) foram abordados em três artigos (8,16,18), todos sobre a legislação para realização do transporte e acondicionamento do órgão durante o trânsito.^{11,12,26} Outros pontos levantados são a falta de material específico para captação em instituições de saúde e o deslocamento das equipes de saúde para captação em ambiente externo.^{11,12,26}

Transplante

O transplante é o ato de implante do órgão do doador, fase pouco abordada nos artigos desta revisão. Um dos achados mostra que ocorre uma logística complexa para a realização do transplante.²¹ Há também relatos sobre os problemas operacionais do Sistema Nacional de Transplante (SNT), que mostram os baixos índices de notificação e uma desproporção entre doadores e receptores de órgão.¹¹

Acompanhamento dos resultados

O acompanhamento dos resultados ocorre após o transplante, a partir da recuperação imediata (pós-operatório imediato), mediana, quando o paciente já está com melhores condições clínicas (pós-operatório mediato), e tardia, após 30 dias do procedimento. Sendo assim, o enfermeiro no atendimento ambulatorial realiza a condução dos casos de usuários de saúde transplantados por intermédio da educação em saúde, instrumentalizando sobre as condições da doença, os sinais e sintomas que podem ser associados ao transplante de

órgãos, como também das experiências para a administração correta dos medicamentos.²⁴

Para melhorar os resultados após transplante, é preciso que haja um comprometimento familiar também, para que sejam desenvolvidas medidas estratégicas de manutenção do órgão.²⁴ Outro ponto relevante é a readaptação da vida, que faz com que as equipes orientem sobre estilo de vida, padrões de moradia, alimentação, convívio social, rotinas e visitas hospitalares e uso de medicações.²⁸ Os transplantados não devem estar em aglomerações, devido à imunossupressão; necessitam de visitas mais periódicas à equipe de saúde e de monitoramento contínuo do órgão. Todas essas atividades geram um fluxo de atendimento que cresce de acordo com passar dos anos. (Ferrazzo *et al.*, 2017)

Discussão

A revisão de literatura aponta que, a partir de 1999, os estudos sobre o tema começaram a ser realizados cerca de 20 anos após o surgimento dos imunossupressores (década de 1980). Entretanto, observam-se poucas publicações sobre o tema, com uma densidade menor que uma publicação por ano (0,68 por ano), estimando o período de 1980 a 2018. Dessas publicações, a grande maioria era de análises qualitativas, o que evidencia uma preocupação em se avaliar a qualidade das ações ao se produzir conhecimento baseado em experiências profissionais.

Houve também uma maior predominância de estudos da região Sul, Sudeste e Nordeste, indicando que, apesar de poucos estudos serem publicados na área sobre o tema, existem pesquisadores distribuídos pelo Brasil que são interessados na temática. É visto que há publicações em âmbito internacional também, que poderão servir de comparativo com o Brasil. Ao mesmo tempo, existe uma carência de estudiosos nas regiões Norte e Centro-Oeste, o que reforça algumas práticas adotadas pelas agências de fomento em priorizar as pesquisas nessas regiões.

A profissão mais estudada foi a enfermagem e em seguida a psicologia. Tal característica corrobora com o exposto pelos autores no sentido de que o enfermeiro é considerado como elo central na condução dos processos de doação-transplante, sendo o profissional referência no gerenciamento da

captação do órgão (doador de órgão): identificação, manutenção, entrevista familiar, captação do órgão, logística de transporte; e, ao mesmo tempo, no processo de transplante (receptor do órgão): acompanhamento pré-transplante, monitoramento de listagem de transplante, acompanhamento pós-transplante, educação em saúde. A assistência de enfermagem é fundamental para o gerenciamento do processo de trabalho da doação-transplante. Tem-se nesse profissional a referência de protocolos e a condução das etapas para o sucesso do transplante.

Os aspectos do PDT mais estudados foram os dos atores envolvidos nesse processo (sociedade; equipe e coordenação de transplante) e, por fim, a manutenção do doador de órgãos. Esses três elementos são importantes, pois o que caracteriza o transplante não é a tecnologia, mas sim a sociedade e seus valores éticos. É por meio do ser humano, que ao falecer por morte encefálica dá origem ao transplante, quando autoriza a doação de seus órgãos. Sem essa ação, o transplante não ocorre. Portanto, os valores morais, civis e éticos da sociedade são de extrema importância e devem ser debatidos para que as dúvidas e os medos sejam mitigados no processo de doação de órgão.²⁹

Tais valores não se limitam apenas àqueles que realizam a doação de órgão, mas também aos profissionais de saúde que, diante de suas crenças, valores e aspectos éticos, devem manter “vivo o corpo morto”.³⁰ A razão de vários autores debaterem sobre a temática da morte encefálica e da manutenção do doador de órgão está pautada no fato de os profissionais de saúde terem sua formação cultuada para a manutenção da vida e não serem trabalhados para o processo de morrer e a comunicação de más notícias.³¹ Tal realidade é comum na prática de trabalho dos profissionais de saúde. Entretanto, eles irão apenas verificar isso quando já estiverem no mercado de trabalho, exercendo suas atividades. A lacuna de formação é mencionada pelos autores que reforçam a necessidade de maiores investimentos para suprir a carência e uma mudança na formação do enfermeiro para o tornar mais apto ao desempenho das atividades de doação-transplante.³²

A equipe e a coordenação de transplante estão envolvidas no âmbito do gerenciamento do processo de doação-transplante. A literatura reforça que o transplante é um processo de dimensões complexas, que exigem um trabalho interdisciplinar, por este ser um fenômeno social e possuir vários atores

envolvidos.³³ Nesse sentido, é preciso que os profissionais aprendam com os erros e acertos das experiências vividas em suas relações de trabalho interdisciplinar, de modo a renormalizar seus modos operantes e auxiliar no processo de doação-transplante.³⁴ A literatura reforça que o SNT, CNCDO, OPO e CIHDOTT são ferramentas importantes do SUS, que geram uma maior cobertura dos processos de doação de órgãos e um controle maior das ações também. Entretanto, salientam que o investimento deve continuar para que mais ações sejam realizadas.

Entretanto, existem problemas nesse processo de doação-transplante, como situações de diagnóstico inadequado de morte encefálica, dificuldade para manter o tratamento do potencial doador de órgãos, falta de conhecimento de legislação de transplantes, falta de capacidade técnica para os cuidados prestados, falta de infraestrutura. Todos esses aspectos foram levantados na literatura e a correção deles depende principalmente de investimento na política pública de Transplante de Órgãos e Tecidos e na educação em saúde, para a sociedade ter mais acesso às informações sobre transplante de órgãos.⁴

É notório que o Brasil possui características territoriais que dificultam a implementação igualitária do SUS nas regiões. Entretanto, ao pensar em melhorias, em maior investimento para melhorar as condições de trabalho no processo de doação-transplante, essa ação está diretamente ligada à melhoria da qualidade de assistência e à possibilidade do aumento de oferta de órgãos. O objetivo do transplante é salvar indivíduos que não teriam oportunidade de tratamento e estariam aguardando um desfecho negativo em suas vidas.²⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura aponta que o Brasil ainda carece no processo de doação-transplante. Os problemas abordados necessitam de investimentos em ações de infraestrutura das instituições de saúde, divulgação de políticas, legislação, ações educativas junto à sociedade sobre a doação de órgãos, disciplinas na graduação sobre a temática.

O processo de trabalho de uma equipe de transplante envolve situações e fatos com determinado grau de imprevisibilidade para o profissional. Nesse sentido, apesar de o saber científico da realização das técnicas e procedimentos

estarem disponíveis aos profissionais, existe uma possibilidade de inúmeras formas de intervenção, retratando um mundo dinâmico, no qual as situações raramente se repetem. Essa singularidade dos envolvidos deve ser levada em consideração nos atos executados no cotidiano do trabalho.

Não existe transplante sem doação de órgão. Nesse sentido, todos são importantes para o aumento da oferta de doadores: a sociedade e os profissionais de saúde. A inclusão desse tema nas escolas deve ser realizada desde a infância, para que conscientização comece na formação dos indivíduos que poderão se tornar os novos profissionais de saúde nas gerações futuras. Além disso, a inclusão de disciplinas na graduação é necessária para se terem maiores debates na formação dos profissionais de saúde e as lacunas serem mitigadas.

Portanto, a cultura de doação de órgãos será alcançada diante do investimento em ações educativas para melhorar as informações e o conhecimento junto à sociedade, no aprimoramento do modelo de gestão, tornando-o mais eficaz, e no diálogo no dia a dia com a família, para reduzir os medos e receios. Com essas ações é possível que o engajamento de todos permita afirmar que há doação de órgãos para aqueles que necessitem em todas as regiões do Brasil.

Tabela 1: Aspectos gerais dos estudos selecionados, características metodológicas e participantes do estudo. Brasília, 2019

Número	Título	Autores	Periódico	Ano	País	Região	Tipo de estudo	Instrumentos	Participantes da pesquisa
1	Stressors in the nursing care delivered to potential organ donors	Guido, LA; Linch, GFC; Andolhe, R; Conegatto, CC; Tonini, CC.	Revista Latino-Americana de Enfermagem 17(6)	2009	Brasil	Sul	Qualitativo	Grupo Focal	Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem
2	El cuidado en un programa de trasplante renal: um acompañamiento de vida	Carrillo-Algarra, AJ; Mesa-Melgarejo, L; Moreno-Rubio, F.	Aquichan	2015	Colombia	N/A	Qualitativo	Entrevista semiestruturada	Enfermeiros
3	Psychological assistance of the renal transplantation departament at a university hospital	Garcia, MLP; Souza, AMA; Holanda, TC.	Psicologia: Ciência e Profissão	2005	Brasil	Nordeste	Estudo de caso Qualitativo		Psicólogo
4	Psychological assessment of patients undergoing cardiac transplant in a teaching hospital (2004 to 2012)	Cunha, SS; Miyazaki, MCOS; Villafanha, DF; Junior, RSS; Domingos, NAM.	Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular	2014	Brasil	Sudeste	Estudo exploratório Quantitativo	Questionários	Psicólogo
5	Cuidado ao potencial doador: percepções de uma equipe de enfermagem	Almeida, AM; Carvalho, ESS; Cordeiro, GM;	Revista Baiana de Enfermagem	2015	Brasil	Nordeste	Qualitativo	Entrevista semiestruturada	Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem
6	La inserción del enfermero en la comisión intrahospitalaria de donación de órganos y tejidos	Tolfo, F; Camponogara, S; Montensinos, MJL; Siqueira, HCH; Scarton, J; Beck, CLC.	Enfermería Global	2018	Brasil	Sul	Qualitativo	Entrevista semiestruturada	Enfermeiros

7	Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea	Fermo, VC; Radünz, V; Rosa, LM; Marinho, MM;	Revista Gaúcha de Enfermagem	2016	Brasil	Sul	Quantitativo	Questionários	Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Médicos, Fisioterapeutas, Nutricionista, Psicólogo, Dentista, Terapeuta Ocupacional e Assistente Social
8	Laboratório de transplante celular: novo cenário de atuação do enfermeiro	Corradi, MI; Silva, SH;	Revista Brasileira de Enfermagem	2008	Brasil	Sul	Estudo de caso Qualitativo		Enfermeiros
9	Intervenção em grupo: experiência com mães de crianças com câncer	Campos, EMP; Rodrigues, AL; Machado, P; Alvarez, M;	Psicologia em Estudo	2007	Brasil	Sudeste	Estudo de caso Qualitativo		Psicólogo
10	Therapeutic self-management - development of a flowchart to support decision-making: qualitative study.	Mota, LAN; Cruz, MAS; Costa, CAO;	Revista de Enfermagem Referência	2016	Portugal	N/A	Estudo exploratório Qualitativo		Enfermeiros
11	Liver transplant in reference hospital: nursing skills in outpatient service trasplante hepático en un hospital de referencia	Negreiros, FDS; Marinho, AMCP; Garcia, JHP; Carneiro, C; Aguiar, MIF; Rodrigues, AMM;	Revista de Enfermagem UFPE	2016	Brasil	Nordeste	Qualitativo	Entrevista semiestruturada e observação participante	Enfermeiros
12	Liver transplant recipients: nursing therapeutics during follow-up.	Mota, L; Bastos, FS; Brito, MAC;	Revista de Enfermagem Referência	2018	Portugal	N/A	Estudo exploratório Qualitativo		Enfermeiros

13	Serviço social e transplante hepático pediátrico: o perfil sociocultural das famílias avaliadas e a intervenção do assistente social nas contraindicações sociais para o transplante	Grossini, MGF.	Revista HCPA	2009	Brasil	Sul	Estudo documental Qualitativo	Análise documental	Assistente Social
14	Unidade de Transplante: relato de experiência sobre as ações da enfermeira no cuidado do paciente em pré-operatório de transplante de pâncreas	Soares, PMPC; Matos, SS;	Revista Mineira de Enfermagem	2003	Brasil	Sudeste	Estudo de caso Qualitativo		Enfermeiros
15	Avaliação psicológica de candidatos a transplante renal intervivos	Kohlsdorf, M.	Psicologia Argumento	2017	Brasil	Centro-Oeste	Estudo de caso Qualitativo		Psicólogo
16	Captação do fígado do doador para o transplante: uma proposta de protocolo para o enfermeiro	Negreiros, FDS; Marinho, AMCP; Garcia, JHP; Morais, APP; Aguiar, MIF; Carvalho, SL.	Revista de Enfermagem - Escola Anna Nery	2016	Brasil	Nordeste	Qualitativo	Entrevista semiestruturada e observação participante	Enfermeiros
17	A reabilitação profissional como proposta de intervenção da terapia ocupacional no pós-transplante renal	Cardoso, JS; Cavalcante, MCV; Miranda, ATM;	Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo	2014	Brasil	Sudeste	Estudo de caso Qualitativo		Terapeuta Ocupacional
18	O processo de trabalho no contexto da doação de órgãos e tecidos	Vieira, MS; Nogueira, LT;	Revista de Enfermagem UERJ	2016	Brasil	Nordeste	Qualitativo	Entrevista semiestruturada	Enfermeiro, Médicos, Assistentes Sociais e Psicólogos
19	Enfermagem em unidade de transplante de células-tronco hematopoiéticas: o perfil e o cuidar de si	Sobrinho, SH; Radünz, V; Rosa, LM;	Revista de Enfermagem UERJ	2014	Brasil	Sul	Qualitativo	Entrevista semiestruturada	Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem
20	Competências e habilidades para atuação do enfermeiro em bancos de olhos	Prado, RT; Dias, SM; Castro, EAB;	Texto & Contexto - Enfermagem	2014	Brasil	Sudeste	Qualitativo	Entrevista semiestruturada	Enfermeiros

21	The optimization of the nursing care to the patient with death encephalic: potential donor of multiples organs	Amorim, VCD; Avelar, TABA; Brandão, GMON;	Revista de Enfermagem UFPE	2010	Brasil	Centro-Oeste	Qualitativo	Entrevista semiestruturada	Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem
22	Cirurgia de transplante pulmonar intervivos: atuação da enfermagem no período transoperatório	Howes, FM; Treviso, P; Caregnato, RCA;	Revista SOBECC	2015	Brasil	Sul	Estudo de caso Qualitativo		Enfermeiros
23	O cuidar de si para promoção da saúde: os cuidados da enfermagem	Sobrinho, SH; Radünz; Rosa, LM;	Ciência, Cuidado e Saúde	2015	Brasil	Sul	Pesquisa convergent e-assistencia l (PCA)Qualitativo		Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem
24	Reabilitação e condicionamento físico após transplante cardíaco	Guimarães, GV; Bacal, Fernando; Bocchi, EA;	Revista Brasileira Medicina do Esporte	1999	Brasil	Sudeste	Estudo de caso Qualitativo		Fisioterapeuta
25	Specialist service in liver transplant in a university hospital: a case study	Ferrazo, S; Vargas, MAO; Gomes, DC; Gelbcke, FL; Hammerschmidt, KSA; Lodeyro, CF;	Texto & Contexto - Enfermagem	2017	Brasil	Sul	Qualitativo	Entrevista semiestruturada e observação participante	Enfermeiro, Médicos, Nutricionista, Farmacêutico, Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta.
26	A atuação da enfermeira na captação de órgãos para transplante em São Paulo: uma abordagem legal e bioética	Püschel, VAA; Rodrigues, AS; Moraes, MW;	O mundo da saúde	2002	Brasil	Sudeste	Estudo de caso Qualitativo		Enfermeiros

Fonte: Autores, 2019.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bacal F, Souza Neto JD de, Fiorelli AI, Mejia J, Marcondes-Braga FG, Mangini S, et al. II Diretriz brasileira de transplante cardíaco. *Arq Bras Cardiol.* 2010;94(1):e16–76.
2. Almeida EC De, Maria S, Bueno V, Manuel L, Donoso B. Aspectos ético-legais envolvidos no processo de doação/ transplante. 2012;(11):105–9.
3. Costa CKF, Balbinotto Neto G, Sampaio LMB. Análise dos incentivos contratuais de transplantes de rins no Brasil pelo modelo agente-principal. *Cad Saude Publica.* 2016;32(8):1–13.
4. Garcia CD, Dröse J, Duro V. Doação e transplante de órgãos e tecidos. São Paulo, SP: Segmento Farma; 2015. 560 p.
5. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. *Abto.* 2009;144.
6. Santos MJ Dos, Moraes EL De, Massarollo MCKB. Comunicação de más notícias: Dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. *Mundo da Saude.* 2012;36(1):34–40.
7. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context - Enferm [Internet].* 2008;17(4):758–64. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt&tlng=pt
8. Haguette TMF. *Metodologias Qualitativas na Sociologia.* 12th ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2010. 223 p.
9. Minayo MC de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien Saude Colet [Internet].* 2012;17(3):621–6. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=pt&tlng=pt
10. Prado RT, Dias SM, Aparecida E, Castro B De. Competências E Habilidades Para Atuação Do Enfermeiro. *Texto Context - Enferm.* 2014;23(1):47–55.
11. Vieira MS, Nogueira LT. O processo de trabalho no contexto da doação de

- órgãos e tecidos. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2016;23(6):825–31. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11744>
12. Mota A, de Santana ES, Messias G. Cuidado Ao Potencial Doador: Percepções De Uma Equipe De Enfermagem. Rev Baiana Enfermagem [Internet]. 2015;29(4):328–38. Available from: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13641>
 13. Tolfo F, Crecencia H, Siqueira H, Scarton J, Lúcia C, Beck C. La inserción del enfermero en la comisión intrahospitalaria de donación de órganos y tejidos A inserção do enfermeiro em comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos The insertion of the nurse in intra-hospital commission of organ and tissue do. Enfermería Glob. 2018;17:185–97.
 14. Amorim V, Avelar T, Brandão G. The optimization from aid of sicken the patient em death encephalic, potential donor of multiples organs. Rev Enferm UFPE line [Internet]. 2010;4(1):221–9. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/726/pdf_314
 15. Guido L de A, Linch GF da C, Andolhe R, Conegatto CC, Tonini CC. Stressors in the nursing care delivered to potential organ donors. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2009 Dec;17(6):1023–9. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/4080/4929>
 16. Carrillo Algarra AJ, Mesa Melgarejo L, Moreno Rubio F. El cuidado en un programa de trasplante renal: un acompañamiento de vida. Aquichan [Internet]. 2015;15(2):266–77. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3739/pdf>
 17. Sobrinho SH, Radünz V, Rosa LM da. Enfermagem em unidade de transplante de células-tronco hematopoiéticas: o perfil e o cuidar de si TT - Nursing in a hematopoietic stem cell transplant unit: profile and self-care TT - Enfermería en un unidad de trasplante células madre hematopoyéticas: . Rev enferm UERJ [Internet]. 2014;22(3):Silva, M. G. N. (2014). Evidências de necessidades. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v22n3/v22n3a12.pdf>
 18. Cardoso JS, Cavalcante MCV, Miranda ATM de. A reabilitação profissional como proposta de intervenção da terapia ocupacional no pós-transplante

- renal. *Rev Ter Ocup da Univ São Paulo* [Internet]. 2014 Aug 1;24(2):162. Available from: https://www.bmj.com/bmj/section-pdf/187380?path=/bmj/343/7832/Clinical_Review.full.pdf
19. Corradi MI, Silva SH da. Laboratório de transplante celular: novo cenário de atuação do enfermeiro. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008 Apr;61(2):267–71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200021&lng=pt&tling=pt
 20. Püschel VA de A, Rodrigues A da S, Moraes MW de. A atuação da enfermeira na captação de órgãos para transplante em São Paulo: uma abordagem legal e bioética. *O mundo da Saúde*. 2002;26(1):167–73.
 21. Howes FM, Treviso P, Caregnato RCA. Cirurgia de transplante pulmonar intervivos: atuação da enfermagem no período transoperatório TT - Donor-related lung transplant surgeries: nursing practice in the transoperative period. *Rev SOBECC* [Internet]. 2015;20(3):171–8. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-779392>
 22. Grossini M da GF. Serviço Social e Transplante Hepático Pediátrico: O perfil sociocultural das famílias avaliadas e a intervenção do assistente social nas contra-indicações sociais para o transplante. *Rev HCPA*. 2009;29(1):33–5.
 23. Sobrinho S, Radünz V, Rosa L. Enfermagem em unidade de transplante de células-tronco hematopoiéticas: o perfil e o cuidar de si [Nursing in a hematopoietic stem cell transplant unit: profile and. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2014;22(3):365–70. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13726>
 24. Negreiros FD da S, Marinho AMCP, Garcia JHP, Carneiro C, Aguiar MIF de, Rodrigues AMM. Transplante hepático em hospital de referência: Competências do enfermeiro no serviço ambulatorial. *Rev Enfermagem, UFPE*. 2016;10(Supl. 3):1351–9.
 25. Ferrazzo S, Vargas MA de O, Gomes DC, Gelbcke FL, Hammerschmidt KS de A, Lodeyro CF. SPECIALIST SERVICE IN LIVER TRANSPLANT IN A UNIVERSITY HOSPITAL: A CASE STUDY. *Texto Context - Enferm* [Internet]. 2017;26(2):1–10. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0->

- 85025118823&partnerID=40&md5=07548eb28fad689896e5864907c1a695
26. Negreiros FD da S, Marinho AMCP, Garcia JHP, Moraes APP, Aguiar MIF de, Carvalho SL de. Liver harvesting from the donor to the transplantee: A proposed protocol for nurses. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2016;20(1):38–47. Available from:
<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160006>
 27. Kohlsdorf M. Avaliação psicológica de candidatos a transplante renal intervivos. *Psicol Argumento* [Internet]. 2017 Nov 29;30(69):337–46. Available from:
<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/23289>
 28. Veiga Guimarães G, Bacal F, Bocchi EA. Reabilitação e condicionamento físico após transplante cardíaco. *Rev Bras Med Esporte*. 1999;5(4):144–6.
 29. Acedos RM. *El milagro de los trasplantes*. 1st ed. Madrid: Fundacion MM; 2006. 356 p.
 30. Paiva FCL de, Almeida Júnior JJ de, Damásio AC. Ética Em Cuidados Paliativos: Concepções Sobre O Fim Da Vida. *Rev Bioética* [Internet]. 2014;22(3):550–60. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300019&lng=pt&tlng=pt
 31. Paula TR de S, Borges MS, Bottini ME, Souza MC dos S, Ribeiro M dos S. Análise do filme *my file* sob a perspectiva do modelo de Kübler-Ross. *Rev Enferm do Centro-Oeste Min*. 2017;7:1–10.
 32. Almeida EC. Doação de Órgãos e visão da família sobre atuação dos profissionais neste processo: revisão sistemática da literatura brasileira. 2011;1:98. Available from:
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-19012012-105053/pt-br.php>
 33. Pires DEP De. O trabalho no setor de serviços. In: *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. Annablue; 1999. p. 268.
 34. Scherer MD dos A, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: Um desafio para a gestão em saúde. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):721–5.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. TRABALHO À LUZ DA ERGOLOGIA

A narrativa da origem da Ergologia perpassa alguns acontecimentos na França, desde a influência do médico italiano Ivan Oddone (1984) e os primeiros trabalhos do médico ergonomista francês Alan Wisner (1955). Ambos pensadores trazem em sua bagagem o pensamento de “compreender o trabalho para transformá-lo” e se baseiam na alteração nas formas de elaboração de conhecimento e de conduzir interposições no ambiente de trabalho, tendo em vista que se observa que os trabalhadores possuem saberes práticos e se relacionam com os saberes técnicos-acadêmicos.^[26,27] Esse pensamento ampliado dá origem ao conceito de “comunidade científica ampliada”, que são espaços para diálogos entre pesquisadores e trabalhadores com o objetivo de debater as situações reais de trabalho para que sejam analisadas e para propor transformações.^[28]

No início da década de 1980, Yves Schwartz, observando o trabalho e as alterações que os pensadores da época estavam propondo, junto de seus colaboradores Daniel Faïta e Bernard Vuillon organizaram atividades centradas nessas alterações e deram origem ao curso de Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho (APTS), que tinha a ideia de unificar os pesquisadores e os trabalhadores, dialogando sobre os enfrentamentos do mundo do trabalho. Essa ação ocorreu em um momento de críticas ao modelo de gestão de trabalho taylorista-fordista e tinha como objetivo promover o encontro entre os saberes técnicos-acadêmicos e os saberes práticos.^[29,30]

No campo da fundamentação, os conceitos trabalhados pela Ergologia possuem ancoragem na Ergonomia e em várias outras áreas do conhecimento, podendo-se afirmar que pensar Ergologia significa pensar a partir de ideias ergonômicas. Com isso, alguns conceitos são chave para o entendimento da Ergologia como atividade humana, que é uma ação enigmática do ser humano e produz história. O indivíduo que trabalha responde de maneira única às vivências oriundas da ação (início e fim determinados de uma tarefa) de trabalhar, respondendo a uma demanda, usando de suas dimensões biológicas, sociais e

psicológicas para gerenciar a ação.^[29,31–36]

A atividade humana é marcada por três características^[36]:

1. Transgressão: nenhum campo de prática pode monopolizar ou absorver conceitualmente a atividade; ela atravessa o consciente e o inconsciente, o verbal e o não verbal, o biológico e o cultural, o mecânico e os valores.
2. Mediação: ela impõe a dialética sobre todos esses campos, assim como entre o micro e macro.
3. Contradição: ela é sempre o lugar de debates, com resultados sempre incertos entre as normas antecedentes enraizadas nos meios de vida e as tendências à renormalização pelos seres humanos.

As normas antecedentes são os modos operatórios já atribuídos ao trabalhador, como a descrição de uma atribuição profissional, objetivos e metas de serviços, protocolos operacionais padrões, normas, instruções orais ou escritas. Quando se pensa em trabalho no ambiente de saúde, deve-se lembrar sobre as peculiaridades que esse serviço requer e no qual o trabalho prescrito e o trabalho real se confrontam continuamente. Diversas vezes o trabalhador reajusta sua atividade para que se tenha as condições necessárias para o produto, o ato de cuidar.^[37]

Portanto, a atividade é um espaço de dialética do trabalhador e seus saberes ancorados no seu contexto histórico-social e exige escolhas, pois as regras e normas antecedentes que regulam o contexto do trabalho para o ser humano serão sempre insuficientes diante das variabilidades do trabalho real frente ao trabalho prescrito. O trabalho é pela ótica da Ergologia um debate de normas e escolhas do trabalhador. Essas escolhas são arbitragens sustentadas por valores que direcionam as renormalizações necessárias a cada conflito entre o que se previu do trabalho (trabalho prescrito) e o que se exige da realidade dele (trabalho real). Nesse debate, o trabalhador reescreve o meio ao agir nos vazios de normas (lacunas no anteriormente pensado) para produzir sua própria história. Com isso, depreende-se de certa forma que o homem, a cada encontro com sua realidade, sempre singular, produz uma atividade sempre, de certa forma, nova.^[31,35,36,38–40]

Em 1993, Yves Schwartz começa a trabalhar um novo conceito: o dispositivo dinâmico de três polos (DD3P), uma consequência direta da

renormalização da atividade. Na concepção ergológica, o primeiro passo em uma organização é trabalhar e refletir sobre o trabalho com aqueles que são os protagonistas da atividade.^[41]

Os polos de conceitos são

materiais para o conhecimento, por exemplo, sobre a distinção entre atividade prescrita e real, sobre a noção de mercado, sobre o corpo humano, sobre as práticas linguísticas, sobre a comunicação e as dificuldades de traduzir em palavras.^[29:44]

Os três polos mencionados por Schwartz são^[30,34]:

- I. Saberes investidos: os saberes investidos na atividade possuem conexão com a experiência prática do trabalhador e por meio dela há uma permanente recriação de saberes, viabilizada pelo debate de normas que, no instante em que são conhecidos, já não poderão ser controlados pelos saberes constituídos (polo do Mercado).
- II. Saberes constituídos: são todos aqueles expressos pelos conceitos, competências, disciplinas acadêmicas. Todos os conhecimentos que são estudados, porém anteriores à atividade estudada. São valores dimensionáveis (mensuráveis), quantitativos para a Ergologia.
- III. Polo dos valores: permeiam os valores da politeia, do direito, das instituições e promovem o debate de valores, a epistemologia dos processos. São os valores não dimensionáveis (não mensuráveis), são aqueles que estão “supostamente” subordinados aos valores mercadológicos.

Quando estão relacionados entre eles durante a ação, sua interação gera outros conceitos da Ergologia. Os saberes investidos estão vinculados ao tempo e espaço e resultam em uma história real e singular, sendo considerados por Schwartz como aderência (situação vivida aqui e agora) ao trabalho. Em contrapartida, a desaderência (desligada do aqui e agora) é base de origem das normas antecedentes e do trabalho prescrito. Esses saberes têm sua origem e formação diferentes, sendo, entretanto, entendidos como saberes complementares e que estão em constante tensão provocada pelas dramáticas do uso do si, por si e pelos outros no trabalho.^[30,34]

As dramáticas do uso do si são as situações a que o trabalhador se expõe durante sua atividade em

que rompem os ritmos das sequências, antecipáveis, da vida. Daí a necessidade de reagir, no sentido de tratar esses eventos, “fazer uso de si”. Ao mesmo tempo, isso produz novos eventos e, por conseguinte, transforma a relação com o meio e entre as pessoas. [...] A atividade aparece como uma tensão, uma dramática.^[42:18]

O corpo-si é uma parte da história do indivíduo e nesse sentido é carregado de saberes investidos. Quando o trabalhador realiza uma renormalização diante de uma ação, ele faz uso do si, pois há uma convocação do indivíduo singular com capacidades bem mais amplas que as enumeradas pela tarefa. Trabalhar põe em exercício o uso do si solicitado pelos outros e o uso do si consentido e comprometido por si mesmo.^[30,34]

As tensões entre os saberes constituídos frente aos “saberes conceituais” geram os conceitos de valores comensuráveis e incomensuráveis, que são grandezas que podem ser comparadas ou que tenham algo em comum. As tensões entre os saberes investidos e os “saberes conceituais” geram o pensamento de viver conjuntamente (viver em conjunto aos desafios).

O DD3P (Figura 3)

é consequência da integração progressiva da noção de atividade na tentativa de compreender-se “quem faz a história”? E como, dadas as condições, inscrever-se de maneira positiva e ativa nessa história enquanto ela se faz? Há um esforço para se fazer, produzir, criar, etc.^[43:260]

Ou seja, o diálogo entre os saberes é uma exigência ética e real, uma exigência epistemológica, que se não respeitada resulta em um fruto incompleto da compreensão da realidade. A criação do espaço dos processos socráticos de duplo sentido se faz necessária para um debate dialético entre os interlocutores e para oferecer uma solução aos problemas, com a intenção de auxiliar na definição e elaboração dos meios deles.^[44] Esse espaço é oriundo das situações em que não existe somente aquele que sabe (Sócrates) e que traz questões àqueles que ainda estão na ignorância e buscam o saber. Mas há também esses últimos, que realizam indagações aos primeiros, por isso o duplo sentido.^[44]

O formato cooperativo do DD3P permite à história observar os valores antecedentes e discutir as antecipações. Entre os saberes investidos, os saberes constituídos e o polo dos valores, sempre haverá tensões pelas entidades coletivas com as relações de mercados, do trabalho prescrito, do trabalho real, do trabalhador e, ao mesmo tempo, do cidadão. Compreender que esse dispositivo possui de certa forma instabilidade e que essa ocorre em detrimento da dialética dos polos, possibilita à atividade estar em seu devido lugar. O trabalhador nem

sempre consegue expressar na fala o que é a realidade do seu trabalho, nem como apela aos valores que o socorrem nas suas dramáticas.^[32,43]

O sentido do trabalho é visto pela Ergologia como algo conhecível ou conhecido e que também é problemático, entendendo que há diversos significados que o permeiam. Ou seja, é falar de algo que não se pode circunscrever ou que não pode ser circunscrito; tal trabalho teria ou não valor? Assim, o sentido do trabalho é envolvido de vários valores subjetivos, incluindo os morais, que são formados social e historicamente, e, para os trabalhadores, o trabalho é importante para eles próprios e para a sociedade, tangendo as questões sentido, realização pessoal e fonte de sustento.

Compreender o trabalho pela Ergologia é entender que o trabalho é uma atividade industriosa que gera um debate entre as normas e, assim, se tem a ampliação da diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real. A Ergologia tem seus pressupostos históricos baseados na história da atividade humana aliada à filosofia da vida de Georges Canguilhem, pois a tendência de cada indivíduo é renormalizar seu meio de vida e seu meio de trabalho.^[37]

Assim, podemos compreender que no trabalho em saúde o profissional faz uso de si para renormalizar o que está prescrito, transgredindo ou validando as normas antecedentes. Buscando responder às necessidades daqueles que estão sob seus cuidados no âmbito da saúde, seria possível prever os riscos aos pacientes, não apenas pela leitura das normas, protocolos, legislações, mas por intermédio do estudo do ato da atividade industriosa, proposto por Schwartz.

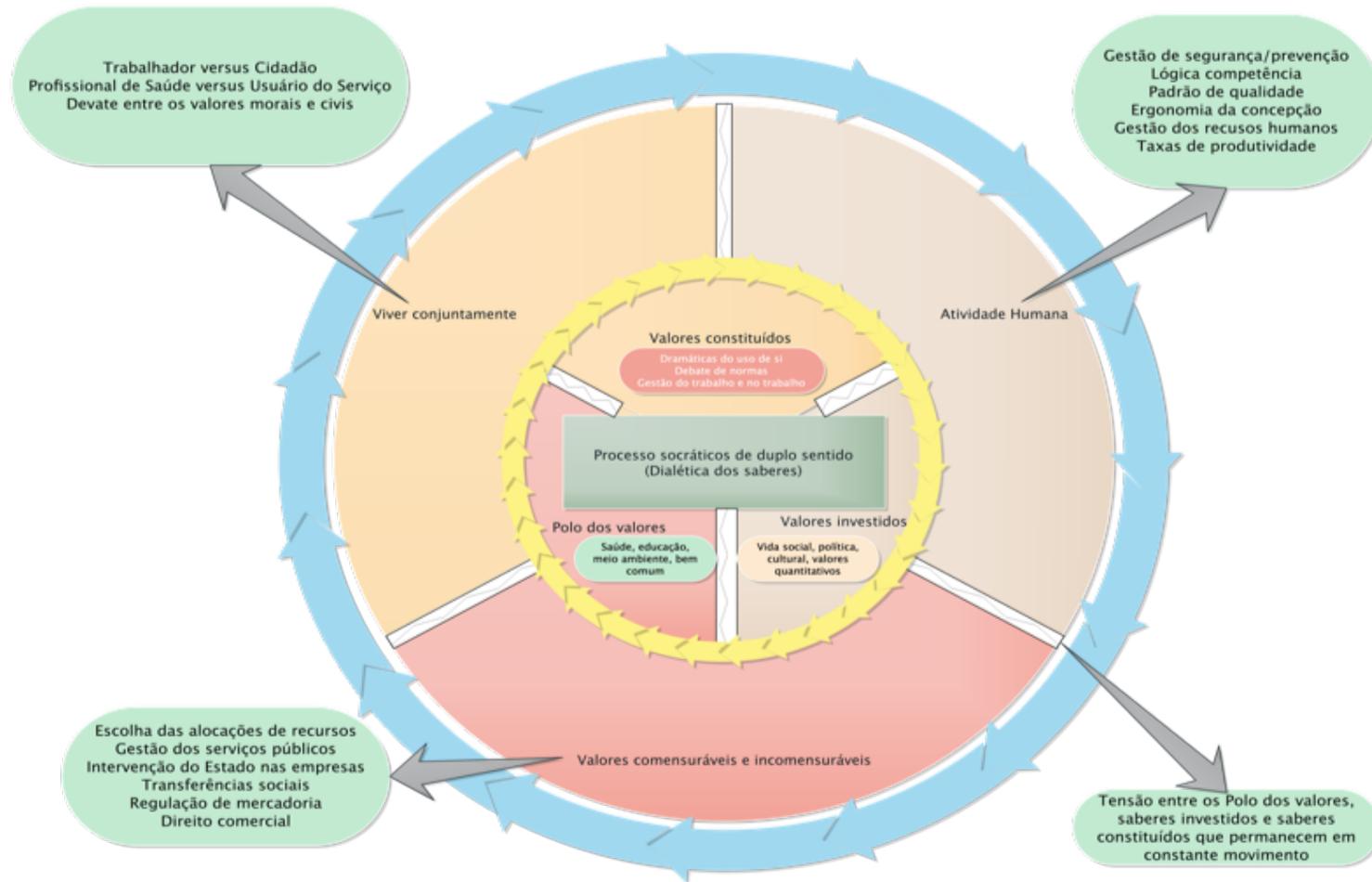


Figura 3: Dispositivo Dinâmico de 3 polos. França, 2000.

Fonte: Schwartz, 2000.^[45] 2019. (Com adaptações) (Software Edraw Max for MacOSX).

4.2. TRABALHO EM SAÚDE

A atividade humana é um ato produtivo que faz a alteração do ambiente, produzindo algo novo e ao mesmo modificando o homem em si. A história da humanidade traz isso em várias passagens. O ser humano, em busca do alimento, buscou pela caça seu sustento: ao matar um animal, o ser humano estava produzindo o novo. Nesse aspecto, o trabalho é um marco para o ser humano. Karl Marx^[46] já fazia referência ao dizer que o trabalho é a essência da humanidade dos homens. Se pensarmos no contexto histórico da sociedade humana, veremos que hoje ela tem sua filosofia predominantemente baseada no *modus operandi* capitalista. Porém, já se passaram outros sistemas, como a sociedade feudal e a escravocrata, e o trabalho realizado e seus produtos variaram de acordo com o *modus operandi* vigente na sociedade.^[9]

Compreender as relações de trabalho do ser humano pode auxiliar na busca da compreensão da sociedade e das relações sociais. Assim, elas são entendidas como engrenagens dos processos sociais. Sua função, no âmbito da psicologia, é ser fonte de alteridade, iniciativa e criatividade, desde que seja permitida a expansão do poder do agir do trabalhador.^[47] Demonstra-se com isso a importância do trabalho na história da humanidade ao se entender que o homem em seu trabalho está *atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, o homem ao mesmo tempo transforma sua própria natureza.*^[48:14]

Ao fim da era feudal e início do período da industrialização, o mundo começa a trabalhar na área de saúde com o surgimento de espaços para aqueles que se encontram adoecidos buscarem auxílio, os hospitais, que passam a ser um espaço terapêutico e de formação dos médicos.^[49] Com esses espaços, as atividades com finalidade terapêutica produzem um trabalho coletivo entre os médicos e os religiosos ou auxiliares. Esses últimos começam a substituir o trabalho antes realizado por familiares, quando a assistência à saúde era realizada ainda em domicílio. Nesse momento, pode-se considerar que os médicos começaram a assumir o papel de protagonista da equipe, delegando e orientando as práticas assistenciais. O trabalho da enfermagem nasce com Florence Nightingale quando, após atuação na Guerra da Criméia, ela desenvolveu um modelo de formação de enfermeiros na Inglaterra no ano de 1860. Mais

recentemente surgem as outras profissões de saúde, como nutrição e fisioterapia.^[49]

Frederick Taylor (1856-1915) influenciou significativamente as atividades assistenciais com a “organização científica do trabalho”, onde a divisão do trabalho, a sistematização, o controle e a organização transformaram a atividade em algo tecnicista, com ênfase em tarefas e aumento da eficiência operacional do serviço. Esse pensamento foi incorporado às atividades de saúde por meio do registro de produtividade, controle de tarefas, implementação de rotinas e especialização, para melhorar o tempo gasto no processo de produção.^[50]

Entretanto, o trabalho em saúde conta com elementos de imprevisibilidade, imprevisto que torna uma ação singular e o trabalhador sozinho não é capaz de executar as atividades propostas para prestar o cuidado ao indivíduo. Nessa perspectiva, é pelo encontro entre profissional de saúde (trabalhador) e paciente (indivíduo) que ocorre o trabalho em saúde, ou seja, a produção ocorre entre esses dois atores, um trabalho vivo em ato^[9]. Sendo assim, o trabalho permite a modificação dos atores, conforme Marx^[46] já evidenciava em seus estudos, pois ao mesmo tempo que ele produz o cuidado, ele produz cuidadores.

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.^[8:159]

O trabalhador utiliza seus saberes e experiência para sua atividade criadora, trazendo para o momento da produção o seu potencial inventivo. Ou seja, diante das várias situações em que o trabalho o coloca, o trabalhador toma várias decisões que podem ir além daquilo que está normatizado e protocolado como modo de atuar, alterando etapas do trabalho ou mesmo todo o processo.

Vários profissionais atuam para que a assistência à saúde seja garantida. O trabalho coletivo em saúde ocorre minimamente com o médico e o enfermeiro, porém as outras profissões de saúde e também outros trabalhadores corroboram para a prática, como afirma Pires (2004)

no trabalho coletivo em saúde os diversos profissionais de saúde desenvolvem parte do trabalho que tem como resultado, como produto, a assistência de saúde a indivíduos ou grupos. São atividades diferenciadas, que, estudadas nas suas especificidades, permitem identificar produtos distintos. Esses trabalhos, no conjunto,

resultam na assistência a seres humanos que são totalidades complexas.^[8:4]

Contudo, apesar de ser um trabalho coletivo, os profissionais de saúde em geral desenvolvem seu trabalho sob o gerenciamento do médico, mantendo relativa autonomia do contexto da assistência de saúde. Nas outras profissões, acabam tendo uma relação de dependência em relação aos profissionais médicos quanto às decisões de cunho assistencial.^[8,49]

O “movimento da Reforma Sanitária” constitui grande feito para a democratização da saúde, tomando esta como referência fundamental. Vários atos, em diversos momentos distintos, que expressaram práticas sociais puderam ser notadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), como as iniciativas para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A Reforma Sanitária foi acima de tudo um movimento civil da sociedade brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Os principais elementos que a permearam foram a democratização da saúde; a democratização do Estado; a democratização da sociedade e da cultura.^[51]

Boa parte dos resultados alcançados pela 8ª CNS é articulada na Constituição Federal de 1988, que define a saúde como um direito de todos. Desse pressuposto nasce o Sistema Único de Saúde (SUS), que traz um redirecionamento das práticas de assistência à saúde no Brasil na década de 1990. Um sistema baseado em princípios fundamentais e uma nova abordagem aos processos de assistência à saúde, com a modificação do modelo de assistência biomédico para um modelo de atenção integral.

O trabalho em saúde necessita da participação de vários profissionais, uma equipe com abordagem interdisciplinar. Contudo, essa interdisciplinaridade tem limites. Os processos de assistência à saúde ainda estão sob uma perspectiva taylorista-fordista, fundamentada na hegemonia médica, possuindo uma influência dos modelos de gestão e da cultura institucional, além da macro e micropolítica da sociedade. Essa lógica de produção está inserida no sistema de saúde, a exemplo dos indicadores desenvolvidos nos serviços que quantificam os procedimentos, como também o gerenciamento do cuidado centrado no profissional médico.^[9,52,53]

O modelo biomédico, que possui suas raízes históricas da era do renascimento, possui ordem técnico-científica, em que a história da doença passou a ser uma descrição clínica das descobertas propiciadas pela patologia.^[54] A superação do modelo hegemônico implica uma organização do serviço de saúde

de maneira mais coletiva, com práticas voltadas para a saúde coletiva, em que se visualize o usuário dos serviços por inteiro e não por partes. Uma lógica que valorize os vínculos entre os envolvidos e promova a construção de compromissos estreitos entre os trabalhadores da saúde e usuários na proposição de intervenções que atendam às necessidades coletivas e individuais.^[9,52]

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GERAL

Compreender o processo de trabalho da equipe de transplante cardíaco em um serviço de saúde do Brasil.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a organização do serviço de transplante cardíaco estudado.
2. Descrever o processo de trabalho de cada um dos membros da equipe de transplante cardíaco.
3. Descrever a formação profissional dos membros da equipe de transplante cardíaco na sua relação com a experiência profissional.
4. Identificar as renormalizações produzidas pelos membros da equipe de transplante cardíaco no processo de trabalho.

6. PERCURSO DO MÉTODO

6.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva, com recrutamento de participante por amostra de conveniência. Emprega-se essa abordagem no estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os seres humanos fazem de como vivem, sentem e pensam, atribuem significados a determinados fenômenos^[55]. A pesquisa qualitativa aborda os fenômenos sociais na busca de explicar e evidenciar as relações humanas, trazendo uma abordagem de uniformidade e regularidade do comportamento humano. Os objetos da pesquisa não precisam ser mensurados ou quantificados, pois devem ser tratados em suas singularidades. Busca-se significado na comunicação do dia a dia apoiada na linguagem e na expressão das práticas sociais.^[56]

Os participantes dão significados a suas ações e construções, dentro de uma realidade presente nas ações humanas, sendo, no caso deste estudo, as relacionadas ao processo de trabalho. A pesquisa com essa abordagem possui uma interação entre participante, pesquisadores e objeto, revelando um ingrediente comum de identidade, tornando aqueles que estão envolvidos comprometidos com uma mesma ciência. Além disso, admite-se um posicionamento frente a visão de mundo do pesquisador em todo o processo de conhecimento. Diante da realidade social que se observa, a abordagem qualitativa permite uma leitura da existência humana, ainda que de forma parcial, por meio de instrumentos e teorias que enfrentam o desafio do conhecimento.^[56]

6.2. LOCAL E PARTICIPANTES DA PESQUISA

O estudo ocorreu no Brasil em hospital especializado de alta complexidade em serviços cardiológicos, com atuação de serviço complementar de saúde ao

Sistema Único de Saúde (SUS), que será tratado no presente estudo como Instituição Pesquisada (IP). Na IP conta-se hoje com 127 leitos de internação, cerca de 1000 trabalhadores, divididos em profissionais da saúde e profissionais de setores administrativos que prestam apoio às práticas assistenciais. A IP se destaca pelos atendimentos a procedimentos cirúrgicos de cardiologia, pelo transplante de outros órgãos, como fígado, rim, córnea e de medula óssea, contando também com assistência de emergências específicas para as especialidades mencionadas e atendimento ambulatorial.

A pesquisa foi realizada no setor de transplante de órgãos. Os participantes foram 20 profissionais de saúde do total de 31 profissionais pertencentes à equipe de transplante cardíaco (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, odontólogo, assistente social e psicólogo) que realiza o cuidado direto ao paciente transplantado cardíaco nas seguintes fases: pré-transplante, intraoperatório do paciente transplantado, pós-transplante cardíaco.

6.3. PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

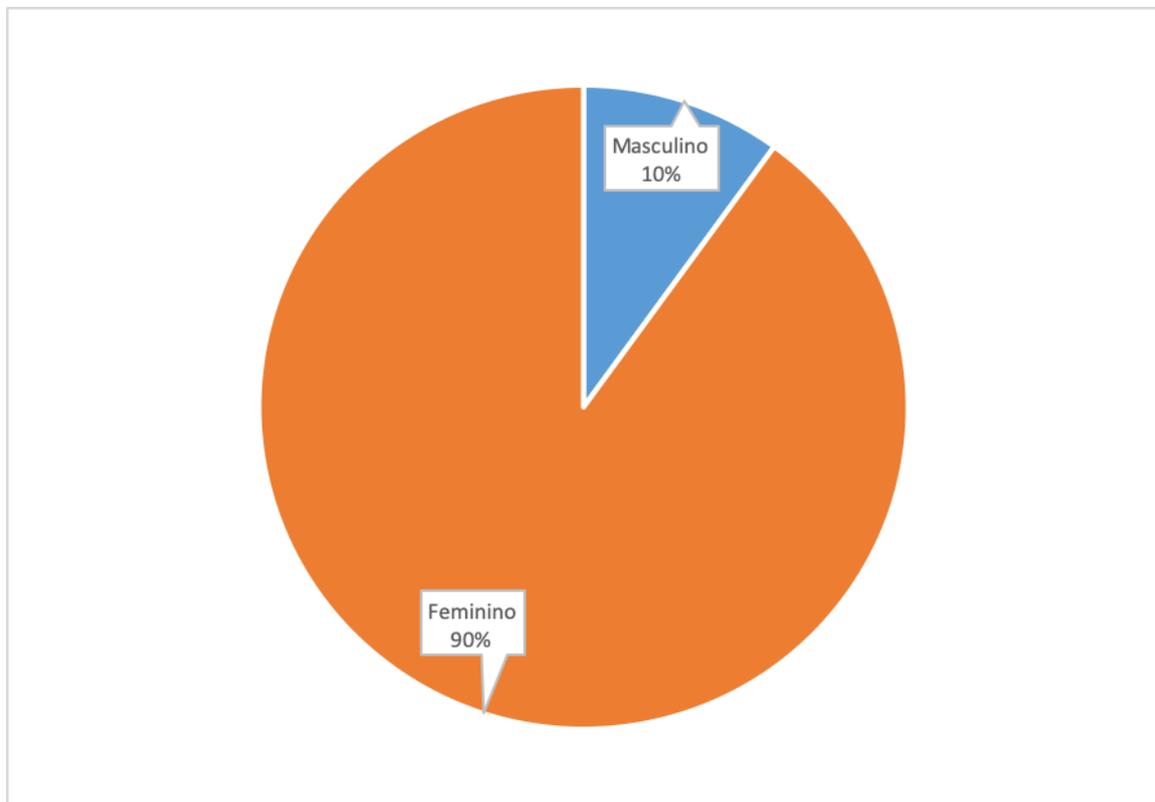
A maioria dos profissionais é do sexo feminino (Figura 4), possui especialização *latu sensu* em outras áreas que não são vinculadas diretamente ao transplante de órgãos e apenas três profissionais possuem especialização *stricto sensu* (mestrado) (Figura 5).

Os participantes trabalham, em média, há quatro anos e meio no hospital, possuem em média nove anos e meio de formados na profissão e têm 34 anos de idade, em média (Tabela 6). Em relação aos vínculos empregatícios, foi observada na pesquisa a presença das seguintes modalidades: contrato de trabalho nos moldes da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), contrato de pessoa jurídica (PJ) (terceirização) e prestador de serviço para PJ (quarteirização do trabalho). Dos trabalhadores que participaram da pesquisa, três se identificaram com cargo de gestores e os demais trabalham com a assistência direta ao paciente.

Tabela 6 – Resumo do perfil dos participantes. Brasil, 2019.

	Média	DP	Amplitude	Min.	Máx.
Idade	34,1	5,3	28,2	25,0	48,0
Tempo de Serviço na Instituição (em anos)	4,5	3,1	9,4	1,0	10,0
Tempo de Formação Profissional (em anos)	9,5	3,8	14,2	2,0	14,0

Fonte: Entrevistas, 2019.

**Figura 4: Distribuição dos respondentes por sexo. Brasil, 2019.**

Fonte: Entrevistas, 2019.

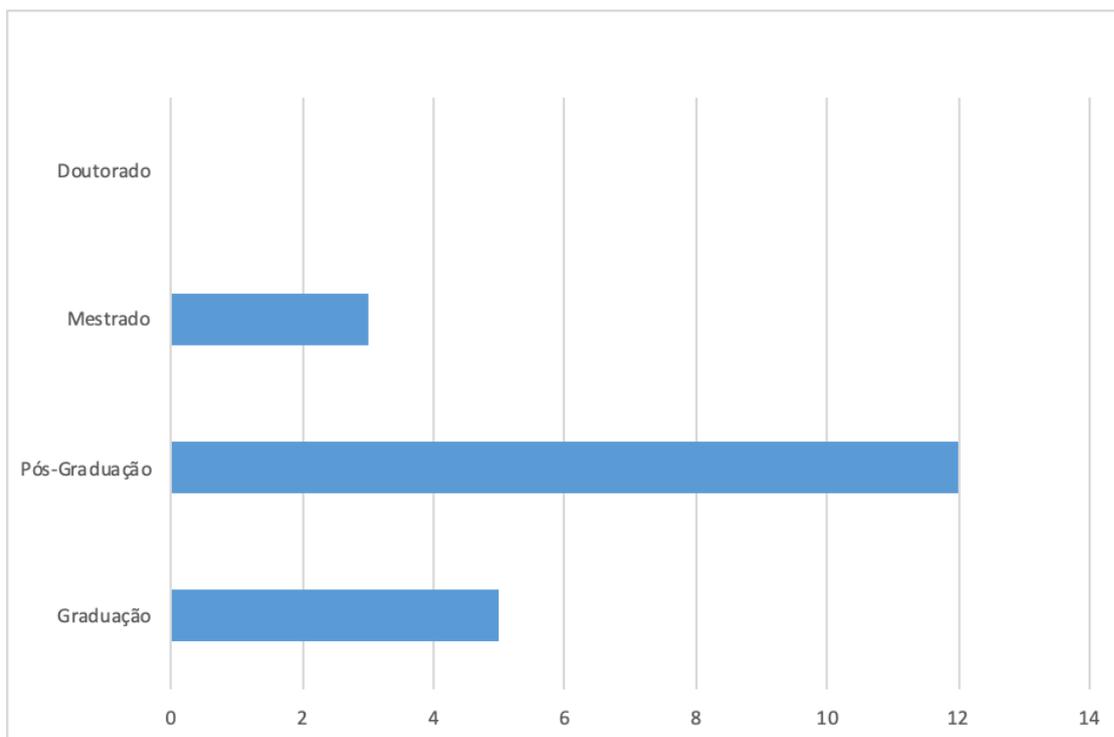


Figura 5: Distribuição dos respondentes por escolaridade. Brasil, 2019.

Fonte: Entrevistas, 2019.

6.4. PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de três formas: 1) análise documental (Apêndice A); 2) observação (Apêndice B); 3) entrevista semiestruturada (Apêndice C). A análise documental ocorreu por meio dos registros de tarefas dos profissionais de saúde em sua jornada de trabalho, protocolos da IP, manuais e normas da IP, legislação sobre doação e transplantes de órgãos, diretrizes da ABTO. Essa análise auxiliou no processo de interpretação e organização dos documentos de acordo com o objetivo da pesquisa. No total foram analisados 29 documentos, sendo 17 legislações e 12 documentos da IP (Apêndice D), que serão mencionados como documento fonte nos resultados.

Para a realização da observação, criou-se um guia norteador (Apêndice B) voltado para as situações de trabalho da equipe de transplante cardíaco e captação de órgãos. Ao todo, foram realizadas 10 observações, totalizando 80 horas. Elas foram realizadas com acompanhamento de todas as categorias dos profissionais de saúde em sua rotina de trabalho nas consultas com pacientes,

reuniões da equipe, visita domiciliar, captação de órgão interna e externa à IP, cirurgia de transplante cardíaco e, ainda, na parte administrativa, quando os profissionais estavam no trabalho burocrático. O turno de trabalho ocorreu, na maioria, no horário comercial, salvo algumas equipes que trabalham em jornada de trabalho de 12h por 36h. Todas as observações foram registradas em diário de campo do pesquisador, que será mencionado no presente trabalho como notas de observação.

As entrevistas semiestruturadas serviram para captar as falas e expressões dos indivíduos participantes da pesquisa, a fim de compreender o sentido dos fenômenos sociais, e foram realizadas por meio de um roteiro estruturado (Apêndice C). Elas ocorreram no horário de trabalho, em sala fechada cedida pela IP e fora do ambiente de trabalho em que estavam habituados. As entrevistas tiveram duração mínima de 15 minutos e máxima de 1 hora e 22 minutos.

A técnica da triangulação necessita de pelo menos três pontos distintos para a determinação de localização de um objeto. Nesse sentido, após a coleta dos dados, foi realizada análise com a intenção de se obter melhor compreensão do fenômeno objeto desta dissertação com uso de múltiplos métodos. Os participantes da pesquisa foram selecionados por conveniência, com 20 participantes no período de maio de 2018 a dezembro de 2018. Foram excluídos aqueles que realizam exames complementares (coleta de sangue e exames de imagem) nos pacientes de transplante cardíaco e aqueles que estão na assistência nas unidades de internação com o paciente transplantado cardíaco.

6.5. SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados pelo método de Análise de Conteúdo, pois este possibilita captar o sentido não explícito no discurso dos participantes de pesquisa. Essa forma auxilia na aproximação do processo saúde-doença mediante interpretação de linguagem, tendo em vista que esse campo é capaz de explicar vários fenômenos e conceitos. A organização e estruturação das palavras definem os discursos e possibilitam a compreensão. O discurso passa a ser menos tecnicista e começa a ter a visão de realidade dos participantes estudados^[57].

Entende-se que o discurso em si é uma construção linguística atrelada ao contexto social no qual o texto é desenvolvido. Ou seja, as ideologias presentes em um discurso são diretamente determinadas pelo contexto político-social em que vive o seu autor. A sociedade que promove o contexto do discurso analisado é a base de toda a estrutura do texto, atrelando, desse modo, todo e qualquer elemento que possa fazer parte do sentido do discurso.

A Análise de Conteúdo é um método aplicado ao campo das comunicações e sua leitura exaustiva das decodificações, e em profundidade, permite a sistematização das informações, evidenciando os achados contidos nas transcrições dos participantes, gerando descrição e agrupamento dos assuntos abordados, com a finalidade de promover inferências, procedimentos intermediários e análise.^[58]

Quando realizada a sistematização, o pesquisador deve ter sua atenção voltada às unidades de codificação, assim entendidos os trechos selecionados dos dados coletados, como entrevistas, documentos fonte e diário de campo. Além disso, as unidades de contexto são essenciais para o bom entendimento da conversa. A análise categorial é fruto da observação e classificação dos elementos semelhantes contidos nos documentos fonte da pesquisa e dirigem o pesquisador a uma organização de interpretação.^[58]

A Análise de Conteúdo ocorre em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Na primeira fase, o material é organizado para sistematizar o trabalho e a condução se dá em conformidade com os objetivos da pesquisa. Nela também ocorre a leitura flutuante dos documentos. Na segunda fase, o material é explorado e são feitas as categorizações e agrupamentos de conteúdos de acordo com normas definida pelo pesquisador. Na última fase, ocorre a interpretação e o inferir sobre o conteúdo obtido, trazendo as respostas aos objetivos.^[58]

Para a pesquisa, realizou-se a codificação do material bruto oriundo da análise documental, observação e entrevistas, para alcançar uma representação do conteúdo, ilustrado em unidades de registros, tema em que pode ser surgir um amplo conjunto de formulações particulares (“Codes”). Portanto, as unidades de registro criadas foram oriundas dos principais aspectos de opiniões, atitudes, valores, crenças, tendências, rotinas e situações do trabalho em comum, relatados no material analisado. A organização e sistematização dos dados ocorreram por

meio de categorização dos temas, em que um conjunto de elementos constituídos foram reagrupados em decorrência da analogia apresentada.^[58] Além disso, os dados foram compilados para facilitar o processo de Análise de Conteúdo no software Atlas.TI versão 8.0. Este software é indicado para análise longitudinal, em que se usam instrumentos diversos e complementares. A intenção dele é auxiliar na sistematização dos dados, organizar, registrar e, com isso, possibilitar o acompanhamento dos registros efetuados, promovendo uma facilidade na aplicação da técnica de Análise de Conteúdo.

6.6. CATEGORIZAÇÃO DO CONTEÚDO

Após a sistematização e análise dos dados, foram elaborados núcleos temáticos de discussão, resultantes da triangulação dos dados da análise documental, da observação e das entrevistas, culminando nas seguintes categorias, apresentadas no capítulo de resultados: 1) O serviço de transplante cardíaco, 2) Divisão de tarefas e divisão de equipes: trabalho prescrito versus trabalho real 3) Sentidos do trabalho, 4) Competências adquiridas ou formação profissional: renormalizações de trabalhadores no transplante cardíaco; e 5) Sobretrabalho, a sobrecarga de um trabalho invisível (Quadro 1).

Quadro 1: Questões chave do estudo elencadas por objetivos e síntese de resultados. Brasil, 2019

Pergunta	Objetivo da pergunta	Objetivo específico do estudo	Tema dos resultados
Quanto tempo tem que você atua no setor de transplante cardíaco/captação de órgão? Quais são suas responsabilidades? Como que o paciente/usuário de saúde chega até você? O que motiva você a trabalhar com paciente cardiológico?	Conhecer a opinião dos profissionais sobre as atividades que devem ser executadas para o transplante cardíaco.	1. Caracterizar a organização do serviço de transplante de órgãos estudado.	O serviço de transplante cardíaco estudado
Como é sua rotina de trabalho? Como foi definida essa rotina? Quais são suas responsabilidades? Quais são os aspectos que facilitam e dificultam seu trabalho? Como funciona a divisão de tarefas? Como é sua relação com a chefia? Qual é o seu papel/função dentro do programa de transplante cardíaco?	Conhecer a rotina de trabalho, atribuições, e execução do programa de transplante cardíaco.	2. Descrever o processo de trabalho de cada um dos membros da equipe de transplante cardíaco	Divisão de tarefas e divisão de equipes: trabalho prescrito versus trabalho real Sentidos do trabalho
Você recebeu formação específica para trabalhar em transplante cardíaco? Como você visualiza a formação em seu trabalho?	Conhecer a formação e perfil relacionado a educação da equipe de transplante cardíaco.	3. Descrever a formação profissional dos membros da equipe de transplante cardíaco na sua relação com a experiência profissional	Competências adquiridas ou formação profissional: renormalizações de trabalhadores no transplante cardíaco.
Como você lida com as dificuldades? Como você organiza suas atividades de trabalho? Como é o seu ritmo de trabalho? Como é sua relação de trabalho com a equipe do setor? Como você utiliza os protocolos e normas no seu trabalho? O que facilita ou dificulta a aplicação dele? Como é sua relação com usuário de saúde? Como você avalia seu trabalho? O que é trabalho para você?	Conhecer o meio da atividade de trabalho	4. Identificar as renormalizações produzidas pelos membros da equipe de transplante cardíaco no processo de trabalho.	Competências adquiridas ou formação profissional: renormalizações de trabalhadores no transplante cardíaco. Sobretabalho, a sobrecarga de um trabalho invisível

Fonte: Elaboração própria, 2019.

6.7. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012^[59], do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, garantindo os padrões éticos durante a realização da pesquisa, bem como as normativas de Boas Práticas Clínicas (BPC) e aceitação de todos os participantes com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D). Ela também foi aceita pela instituição de saúde pesquisada e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da IP, sob o parecer número 2.581.325 (Anexo A). Além disso, para preservar o anonimato dos participantes, foi atribuída a letra E seguida de um numeral de 01 a 20, de forma aleatória, para as entrevistas realizadas.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1. O SERVIÇO DE TRANSPLANTE CARDÍACO ESTUDADO¹

O transplante de órgãos é um ato que depende da doação de uma pessoa. Se não há uma sociedade com compreensão sobre essa magnitude, não há transplante. Esta afirmação é uma máxima para se compreender a complexidade dos processos de doação-transplante. O transplante cardíaco no Brasil possui ao todo 34 equipes cadastradas para realização do procedimento. Contudo, elas estão vinculadas apenas a 12 Estados brasileiros, do total de 27 Estados e o Distrito Federal, que são, por região: São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Minas Gerais (MG), Espírito Santo (ES); Rio Grande do Sul (RS), Santa Catarina (SC) e Paraná (PR); Ceará (CE), Bahia (BA), Alagoas (AL), Pernambuco (PE); Distrito Federal (DF). Na instituição objeto deste estudo apenas uma equipe é responsável por todo o processo.

A realização do transplante cardíaco é um direito ofertado pelo SUS, com acesso gratuito e irrestrito a toda a população. O Brasil, segundo dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO – 2019), está em segundo lugar em doação-transplante no mundo e possui um sistema de programa público reconhecido pela comunidade internacional.

Esse programa é regido pela legislação publicada em Diário Oficial da União (DOU), composta pelos seguintes principais atos: Leis nº 9.434/1997^[19], nº 10.211/2001^[21] e nº 11.521/2007^[60], que, respectivamente, definem a gratuidade da doação, aborda a beneficência e maleficência do procedimento aos indivíduos e estabelece o âmbito jurídico no caso de infração à legislação; Decreto nº 9.175/2017^[20], que regulamenta as leis mencionadas; as Resoluções nº 1.480/1997^[22] e nº 2.173/2017^[23], do Conselho Federal de Medicina (CFM); as Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) emitidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), como a de nº 66/2009^[61]; e as Portarias nº

¹ Os resultados apresentados emergiram da análise em triangulação dos registros de observação do pesquisador, com as entrevistas dos participantes e com os documentos disponibilizados.

844/2012^[62] e nº 2.600/2009^[63], ambas do Gabinete do Ministro (GM), que orientam a execução de todas as etapas do PTD.

Os dados apresentados pela ABTO mostram que a quantidade total de transplantes cardíacos aumentou no decorrer dos anos. Entretanto, o tamanho da população também. Com isso, é preciso comparar os valores com o cálculo por milhão de população (pmp) para que os indicadores sejam mais fidedignos (Figura 6). Quando se observa o número absoluto de transplantes cardíacos no Brasil, a instituição pesquisada (IP) não é a que mais capta órgãos (Figura 7); porém, nos últimos anos, ela se mantém como a que tem o melhor indicador de transplante cardíaco quando comparado com sua população (11,2 transplantes cardíacos/pmp), alcançando números superiores aos de grandes países, como Estados Unidos (10,7 transplantes cardíacos/pmp), Espanha (6,9 transplantes cardíacos/pmp) e França (7,3 transplantes cardíacos/pmp) (Figura 8).^[64]

O serviço realizado na IP possui uma boa atuação no processo de doação-transplante. A quantidade de pacientes que ingressam na lista aguardando o transplante cardíaco aumenta, contudo, a quantidade de transplantes não consegue acompanhar esse ritmo (Tabela 7), ocasionando perda de vidas.

Tabela 7 – Número absoluto de transplantes, pacientes em lista de espera e mortalidade em lista de espera. Brasil, 2018

Pacientes	Adulto			Pediátrico		
	Total de Transplantes	Ingressaram na Lista	Mortalidade	Total de transplantes	Ingressaram na Lista	Mortalidade
Brasil	353	450	132	48	51	23
IP	34	25	7	0	0	0

Fonte: ABTO, 2019.^[65]

Na IP, segundo a ABTO, no ano de 2018 ocorreram cerca de 245 notificações de potenciais doadores, porém apenas 148 foram elegíveis para doação e, dessas, apenas 53 foram efetivadas. Dentre esse número, o resultado final foi de apenas 34 transplantes cardíacos realizados. Nesse período, a quantidade de recusa das entrevistas de doação de órgãos por parte dos familiares ficou em torno de 36%.^[64,65]

Para um paciente entrar no fluxo de atendimento da equipe de transplante cardíaco, ele começa sua jornada passando pelo ambulatório de insuficiência cardíaca. Uma vez realizados todos os exames médicos e exames complementares e tendo indicação para o transplante cardíaco, ele começa uma nova jornada de acompanhamento pelo ambulatório de pré-transplante, passando a ser avaliado pelos outros membros da equipe multidisciplinar, conforme manual da unidade de transplante da IP.

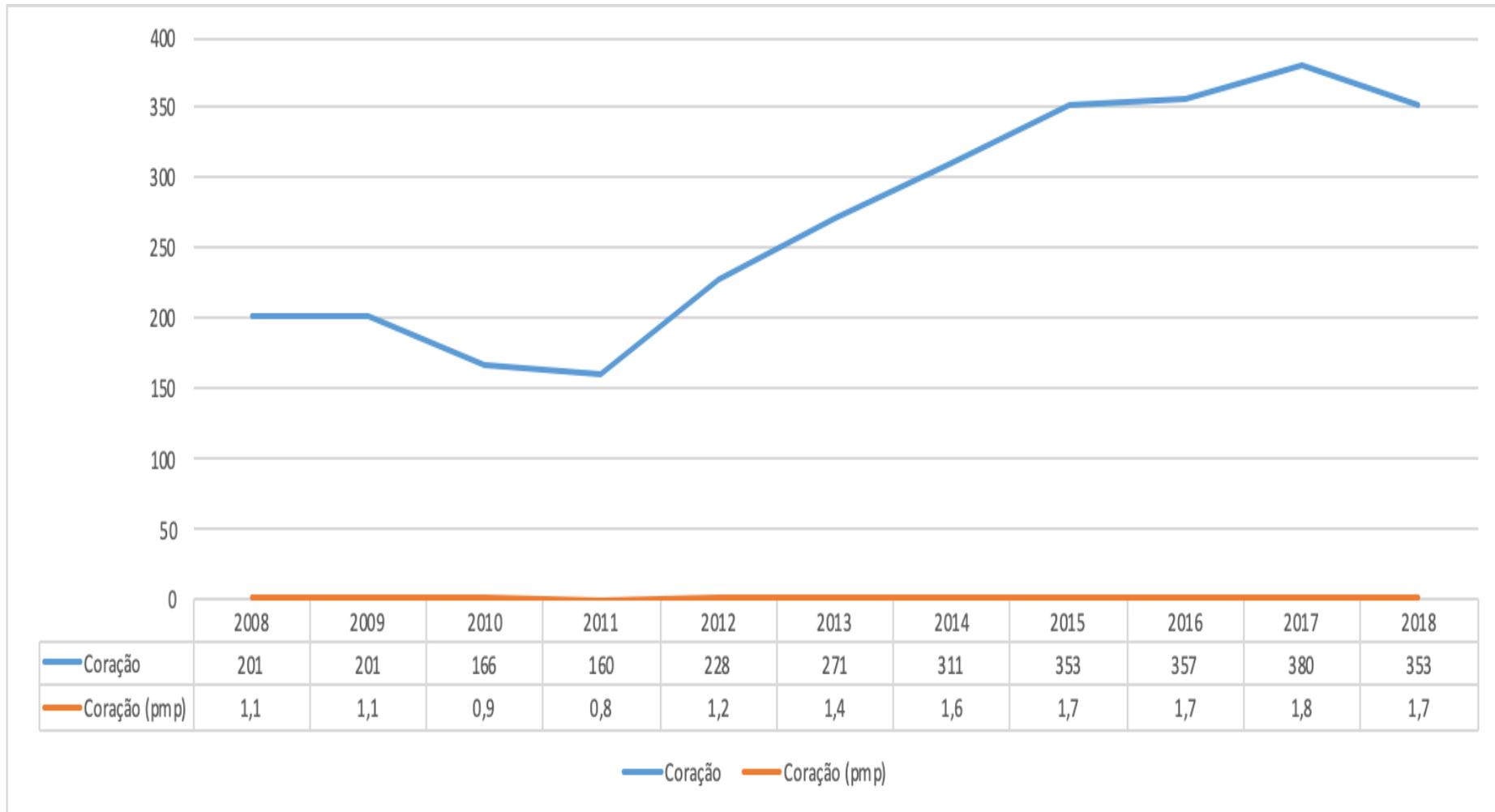


Figura 6: Número de transplantes cardíacos em 10 anos (2008-2018). Brasil, 2018.

PMP: Por Milhão de População

Fonte: ABTO, 2019.^[65]

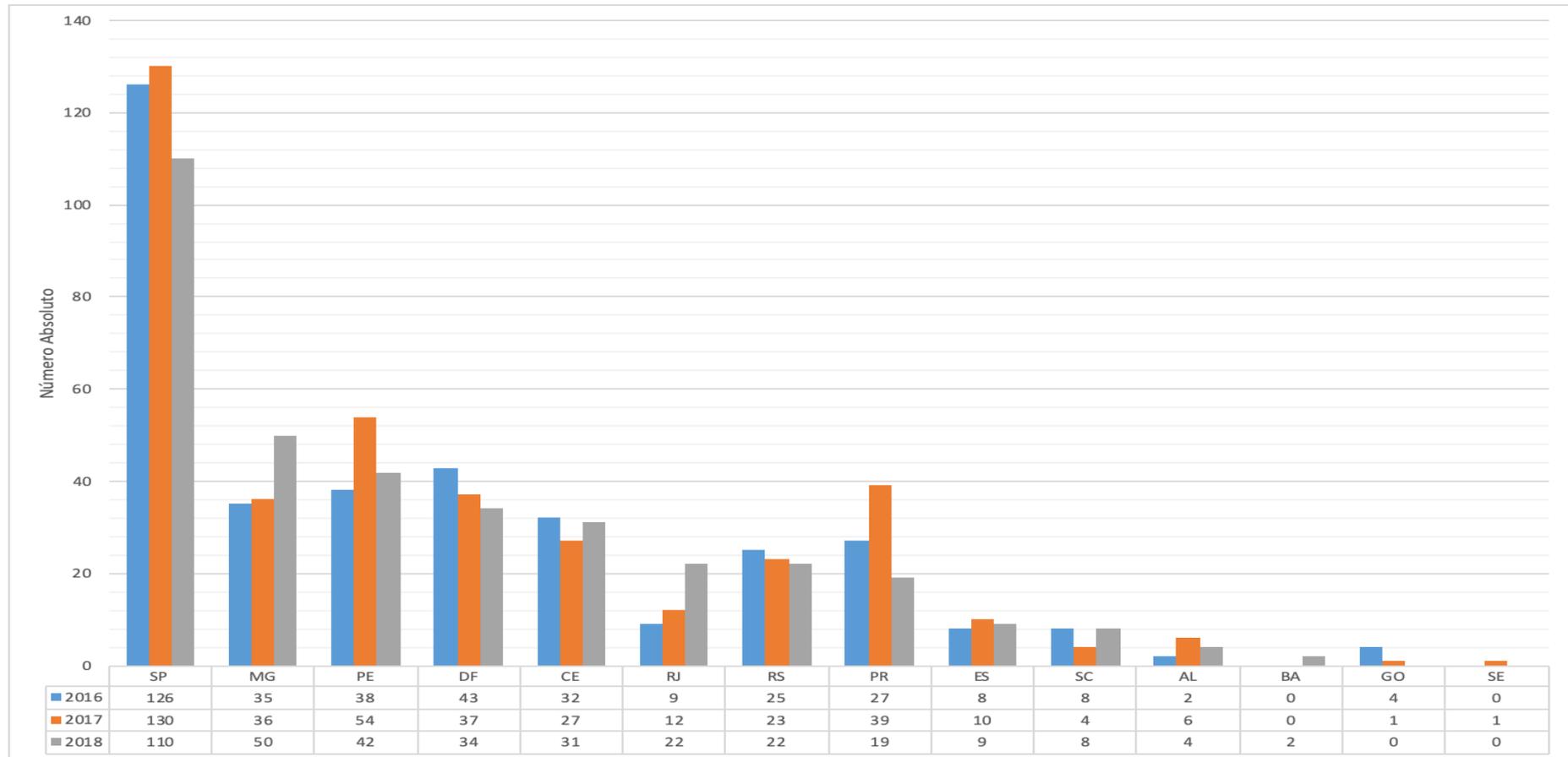


Figura 7: Número absoluto de transplantes cardíacos 2016-2018. Brasil, 2018.

Fonte: ABTO, 2019.^[65]

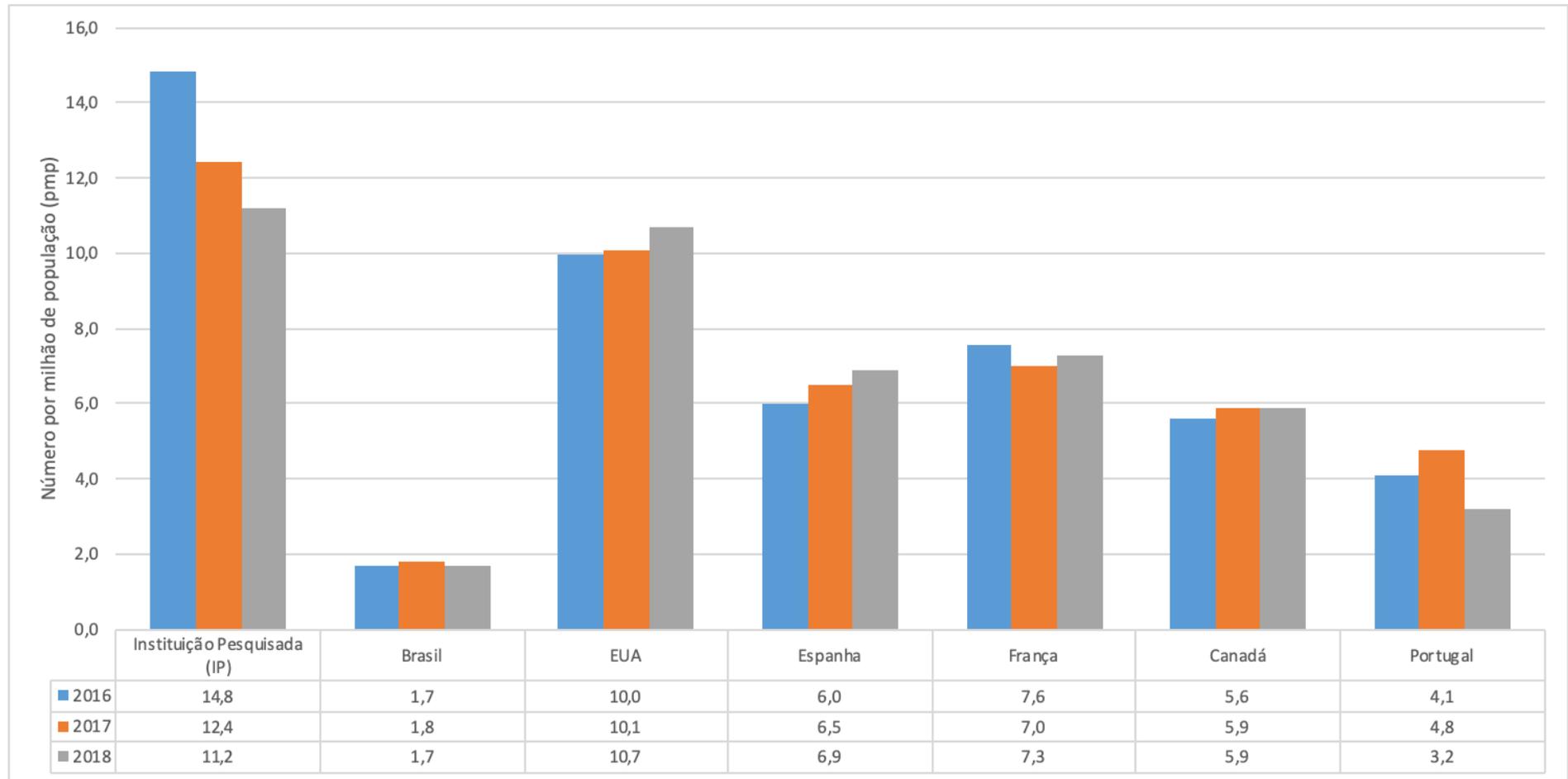


Figura 8: Comparação entre Instituição Pesquisada (IP) e outros Países por número por milhão de população de transplantes cardíacos 2016-2018. Brasil, 2018.

Fonte: IRODAT, 2019.^[64]

O paciente é avaliado por profissionais das áreas de enfermagem, nutrição, fisioterapia, serviço social, psicologia e odontologia. Ele é consultado por todas as áreas antes de ir para o Comitê de Listagem, em que todos os profissionais se reúnem para discutir o caso do paciente. Nessas consultas, há orientação sobre o processo de transplante cardíaco, como ocorre, mudanças nos hábitos de vida, esclarecimento de dúvidas e identificação do potencial cuidador.

Na avaliação pré-transplante, cada profissional aborda e verifica uma faceta do paciente. O enfermeiro verifica a adesão ao tratamento, condições de autocuidado, potencial cuidador. O nutricionista aborda os aspectos nutricionais e começa a orientação sobre as mudanças de alimentação a que o paciente deverá se submeter. O psicólogo avalia o aspecto emocional e os problemas envolvidos com o estado psicológico do paciente e da família. O assistente social verifica as condições sociais e, se necessário, auxilia na resolução das pendências sociais. Todas essas etapas dependem das demandas de cada paciente e ele entrará na lista de transplante apenas quando todas as questões estiverem elucidadas. Assim, a quantidade de consultas depende de cada caso.

Além do acompanhamento ambulatorial, é feita pela enfermagem e pelo serviço social uma visita domiciliar para averiguar as condições do ambiente (sociais e sanitárias) em que o paciente ficará após o transplante cardíaco. Essa visita tem a finalidade de orientar a família sobre os padrões de cuidados de saúde necessários. Em casos em que haja possibilidade de não adesão às mudanças imprescindíveis ao tratamento pós-transplante, as equipes de enfermagem e serviço social podem realizar contraindicação relativa até que os problemas sejam sanados. Nessa situação, o paciente não entra em lista de transplante enquanto não há solução para a problemática.

A inclusão de pacientes em lista de transplante também pode ocorrer internamente, nos casos dos pacientes internados. Nesse caso, geralmente os pacientes enquadram-se em critérios de prioridade para transplante e realizam uma avaliação mais rápida. Ressalta-se ainda que as condições de urgência representam prioridade nacional, de acordo com a Portaria (MS/GM) 2.600/2009^[63], sendo elas, em ordem: 1) Uso de ventrículo artificial; 2) Assistência ventricular direita e/ou esquerda; 3) Balão Intra-Aórtico; 4) Ventilação artificial por insuficiência cardíaca; 5) Retransplante agudo; e 6) outras situações não previstas que serão analisadas pela Câmara Técnica Estadual (CTE). Por choque

cardiogênico, são elas, em ordem: 1) Paciente hospitalizado em uso de drogas vasopressoras; 2) Data de internação hospitalar, princípio ativo e dose do vasopressor; e 3) Paciente com dose de dopamina ou dobutamina maior ou igual a 5 µg/kg/min, ou outra droga vasopressora em dose equivalente.

Quando o paciente está em lista e ocorre a oferta do coração, o cirurgião avalia a oferta e, dando o aceite, solicita ao enfermeiro do setor da Central de Gerenciamento de Doação e Órgãos e Tecidos (CGDT) que inicie os processos para realização do transplante cardíaco. Assim, a equipe da emergência é avisada sobre a chegada do doador e receptor; a equipe do centro cirúrgico sobre o procedimento cirúrgico e reserva de duas salas cirúrgicas; e a equipe da UTI sobre o preparo do leito para o pós-operatório imediato. O enfermeiro da CDGT começa uma corrida contra o tempo para organizar toda a logística do doador e do receptor.

Apesar de todas as informações serem consideradas como positivas para realização do transplante cardíaco, ainda existe uma possibilidade de recusa do órgão, que só ocorrerá quando o cirurgião realizar a toracotomia e realizar a inspeção visual do órgão. Se, após a inspeção, o órgão não tiver nenhuma anomalia ou não apresentar características morfológicas incompatíveis com o transplante, o processo de doação-transplante continua. A cirurgia geralmente ocorre no período de seis a oito horas, quando não há complicações. Após o procedimento, o paciente é direcionado para a terapia intensiva devido a porte cirúrgico.

Na UTI, o paciente tem a meta de ser extubado nas primeiras 24 horas e manter a menor quantidade de drogas vasoativas possível, de acordo com os exames laboratoriais. Nesse momento, ele é acompanhado pela equipe da UTI (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista) e a equipe do transplante faz visitas e acompanha a evolução do caso.

Após três a cinco dias, o paciente tem alta para a unidade de internação, onde será acompanhado pela equipe da unidade, permanecendo as visitas da equipe do transplante. Como o hospital é especializado em outros transplantes também, prefere-se colocar o paciente transplantado em quarto privativo, mas, caso isso não seja possível, ele é colocado juntamente com outro paciente transplantado. Nesse período, na unidade de internação, o paciente é orientado sobre todos os cuidados que deve seguir na nova etapa e sobre todos os exames e medicamentos que deverão ser realizados e tomados a partir de então.

Geralmente, após 20 dias de realização do transplante e dosagem de imunossupressão ajustada de acordo com dose sérica em corrente sanguínea, o paciente tem condições de alta hospitalar e, para isso, toda a equipe multidisciplinar do transplante realiza a orientação de alta hospitalar.

O acompanhamento do paciente no pós-operatório ocorre de acordo com uma frequência, conforme apresentado na figura a seguir, enquanto ele estiver internado. Esse acompanhamento é feito pelos profissionais dos setores onde o paciente está internado, após a alta pela equipe multidisciplinar, sendo mais frequente nos primeiros meses, reduzindo o intervalo à medida que ele evolui. Contudo, a quantidade de consultas de enfermagem e médica é igual, enquanto as consultas com outros profissionais são realizadas somente quando surge alguma demanda ou quando há necessidade do acompanhamento identificado na avaliação pré-transplante (Figura 9).

Equipe multidisciplinar	Profissional	Pré-Transplante	1º mês				2º mês		3º mês		4º mês	5º mês	6º mês	9º mês	1º ano	2º ano			
			1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	1ª quinzena	2ª quinzena	1ª quinzena	2ª quinzena	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
	Médico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Enfermeiro	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Nutricionista	X	X	X															
	Psicólogo	X	X	X															
	Fisioterapeuta					X		X		X	X	X							
	Odontólogo	X																	
	Assistente Social	X	X	X															

Figura 9: Periodicidade de consultas com os profissionais da equipe multidisciplinar. Brasil, 2019.

Fonte: Análise documental, 2019.

O acompanhamento é fator que corrobora para melhorar a taxa de sobrevida pós-transplante cardíaco, sendo determinante para uma boa condução terapêutica. Apesar de terem suas vidas modificadas com o transplante, não significando a cura completa, os paciente estão sujeitos a outras complicações decorrentes do procedimento, que podem surgir no decorrer no tempo. O acompanhamento ambulatorial se faz necessário para que essas situações, tais como doença do enxerto, neoplasias, insuficiência renal, recidiva de Doença de Chagas e infecções oportunistas, sejam logo identificadas e tratadas. Esse período também é marcado pela adaptação aos novos hábitos de vida, às novas rotinas,

aos novos convívios sociais, à utilização das medicações imunossupressoras e pelo restabelecimento das atividades familiares, sociais e laborais do paciente. As consultas ajudam a confirmar a adesão do paciente à terapêutica e na realização de intervenções nas possíveis lacunas. A forma como os profissionais de saúde colaboram entre si é fundamental para o resultado do processo de doação-transplante cardíaco.

7.2. DIVISÃO DE TAREFAS E DIVISÃO DE EQUIPES: TRABALHO PRESCRITO VERSUS TRABALHO REAL²

O trabalho é uma atividade cerne do ser social, seja pelo seu valor para o ser humano, seja pelo conhecimento que agrega, integrando um processo entre homem e natureza. A organização do serviço de saúde tem seus estudos pautados sob o prisma da administração e gerência da força de trabalho.^[66-68]

O trabalho sofre grande influência das formas organizacionais e econômicas vigentes e, nesse contexto histórico da humanidade, passa por diversos momentos em que cada um sofre situações de modificações sobre seus conceitos. Atualmente, temos a sociedade da informação e comunicação exigindo dos trabalhadores posturas de super-homens, que devem responder igual a máquinas de trabalho por todos as normas antecedentes (trabalho prescrito).^[69-72] Das transcrições das entrevistas, observa-se a presença de alguns vocábulos que perpassam por essa evolução do trabalho e das características que hoje estão presentes ainda, tais como processo, reunião, tarefas e relações de hierarquias (Figura 10).

² Os resultados apresentados emergiram da análise em triangulação dos registros de observação do pesquisador, com as entrevistas dos participantes e com os documentos disponibilizados.

trabalho multidisciplinar é um trabalho de equipe. Na IP, o trabalho em saúde esbarra nas limitações das relações de poder, nos interesses, nos problemas de comunicação e de relacionamento.^[73,74]

Na instituição estudada, para a realização das tarefas, as equipes utilizam os protocolos e documentos norteadores do transplante cardíaco, elaborados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, organização de profissionais de saúde, compostos em sua maioria por médicos e enfermeiros.

Os profissionais utilizam documentos e planilhas já estruturadas para dar conta das informações dos usuários do serviço. As informações são as mesmas que estão nos protocolos das diretrizes. (Diário de campo)

O setor de serviços^[49], em que são contemplados educação, saúde e comércio, a saúde necessita de um trabalho coletivo. A história das profissões de saúde explica um pouco sobre isso e algumas falas dos participantes podem demonstrar essa coletividade da assistência à saúde.^[75]

Na verdade, a nossa rotina de trabalho aqui, ela é bem dividida em ambulatório. E a gente passa visita nos setores também. Então, a gente divide: tem grupo, ambulatório, visitas domiciliares e os atendimentos nas internações. E nos intervalos a gente evolui e nos espaços que sobram a gente dá conta da parte administrativa. (E19)

Existe uma divisão de tarefas, assim, guiada até. Quem vai fazer “tal coisa”, quem vai ajudar, quem é que vai poder avaliar um caso, se aparecer um caso novo no pronto-socorro, por exemplo. Então há uma divisão do trabalho, mas ela não é formal. Ela às vezes é decidida na hora, de bate pronto, quem tá mais livre vai atender um chamado, por exemplo, na UTI ou no pronto-socorro. (E17)

Contudo, ainda é possível observar práticas voltadas para o modelo centrado no médico.

A pessoa que contribui para meu trabalho são os médicos que têm que indicar os pacientes. (E07)

O atendimento “no setor” só ocorre quando solicitado pelo médico ou pelo próprio paciente. (Análise documental)

Na reunião de listagem, a equipe médica se senta na primeira fileira de cadeiras no início da sala, e os demais membros da equipe multiprofissional (enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social) ao fundo. Nota-se que os médicos conversam entre eles para explicação do caso e quando necessitam de alguma outra informação, viram-se para trás e realizam uma pergunta direcionada. Após esclarecimento, retornam para o diálogo unilateral. (Diário de campo)

O trabalho em saúde ocorre no aqui e agora, ele é fruto de uma dinâmica produzida pelo coletivo, pois diversos profissionais estão ao redor do mesmo objetivo, a saúde do indivíduo. Esse trabalho é essencial para a humanidade, sendo considerado por Pires^[49] como imaterial, pois, ao mesmo tempo em que é realizado, é consumido.

Hoje, por exemplo, eu fui para o Hospital A e a nossa parte era fazer a captação. Então, eu levo todo o material daqui, mas eu vou para poder fazer a captação do órgão C, eu chego lá, o C era ruim, e cadê? “Vamos captar o órgão R, tá, mas a equipe de lá não tinha um enfermeiro que entendesse de perfusão, aí os líquidos também não tavam. Então, a gente vai administrando aquilo ali, vai ajudando a equipe e aí, nosso médico mesmo, ele não ia captar, mas como eles não tinham experiência, então ele foi captar. Eu também não ia perfundir (órgão), mas como lá também não é rotina. A gente teve que atuar mesmo não sendo uma captação nossa. (E17)

O grande problema que vem neste dia é a falta de imunossupressor na rede de saúde (farmácia de alto custo). Os pacientes procuram a equipe atrás de medicamento. Quando isso acontece, ela (profissional do serviço) se deslocar para a farmácia central (instituição da pesquisa) para pegar medicação do próprio serviço, de uso interno. Ela faz isso, pois vários “transplantados” não conseguem ter recursos para aquisição por conta própria. (Diário de campo)

A distância entre o trabalho prescrito e o real é vista pela imprevisibilidade que ocorre no dia a dia dos profissionais que atuam no transplante cardíaco e essa distância é gerida por aqueles que agem na situação real, como foi visto nas falas acima, que mostram um pouco da subjetividade do e no trabalho.^[44] O trabalho em saúde sofre grande influência da divisão das tarefas, característica do modo de produção capitalista. Anteriormente, poderia dividir o modelo em epidemiológico (como forma de controlar a doença em escala social, buscando o maior alcance possível) e clínico (como forma de melhorar a força dessa escala social e o acesso das minorias). Inicialmente, a figura do médico era central em todas as etapas desse processo. Com o surgimento dos hospitais, as outras profissões foram aparecendo para dar sustentação ao indivíduo na busca pela cura.^[76]

Essa divisão verticalizada do trabalho ocorre ao mesmo tempo em que começa a ocorrer a divisão horizontalizada, com bases na administração taylorista e clássica. Começam a surgir especialidades médicas para o atendimento do indivíduo de acordo com cada área adoecida, sendo que as demais profissões olham as partes de um todo, o ser humano.

O médico conduz a reunião, a equipe médica está sentada a frente, nas primeiras cadeiras, e os demais membros da equipe estão nas segundas e terceiras fileiras. Vejo que todos os médicos conversam entre si e discutem os casos e nos momentos de dúvidas perguntam as opiniões aos demais. (Diário de campo)

O paciente com IC avançada geralmente necessita de acompanhamento médico e multidisciplinar periódico e rigoroso. (Análise documental)

Todos eles passam pela equipe multidisciplinar. Só triagem que depende. Triagem vem para a gente, se a gente seguir o caminho, aí passa pela “multi”. (E02)

O agendamento do usuário de saúde estava errado, era de uma pessoa que havia falecido, a trabalhadora entra em contato com setor de

agendamento para retirar do sistema. Sinaliza que há várias marcações erradas e que isso é recorrente. Ela explica que o agendamento sai do médico e que depois não confirma, mais caso seja recente pode ser semanal. (Diário de campo)

A enfermagem terá contato inicial com o paciente logo após ter sido indicado o transplante cardíaco pelo médico. (Análise documental)

O tratamento é dividido por especialidade e cada um tem seus respectivos chefes, de acordo com sua formação (Figura 11). É possível verificar junto ao esboço do organograma que há diversos níveis de hierarquização e que não há uma horizontalidade entre as profissões de saúde.

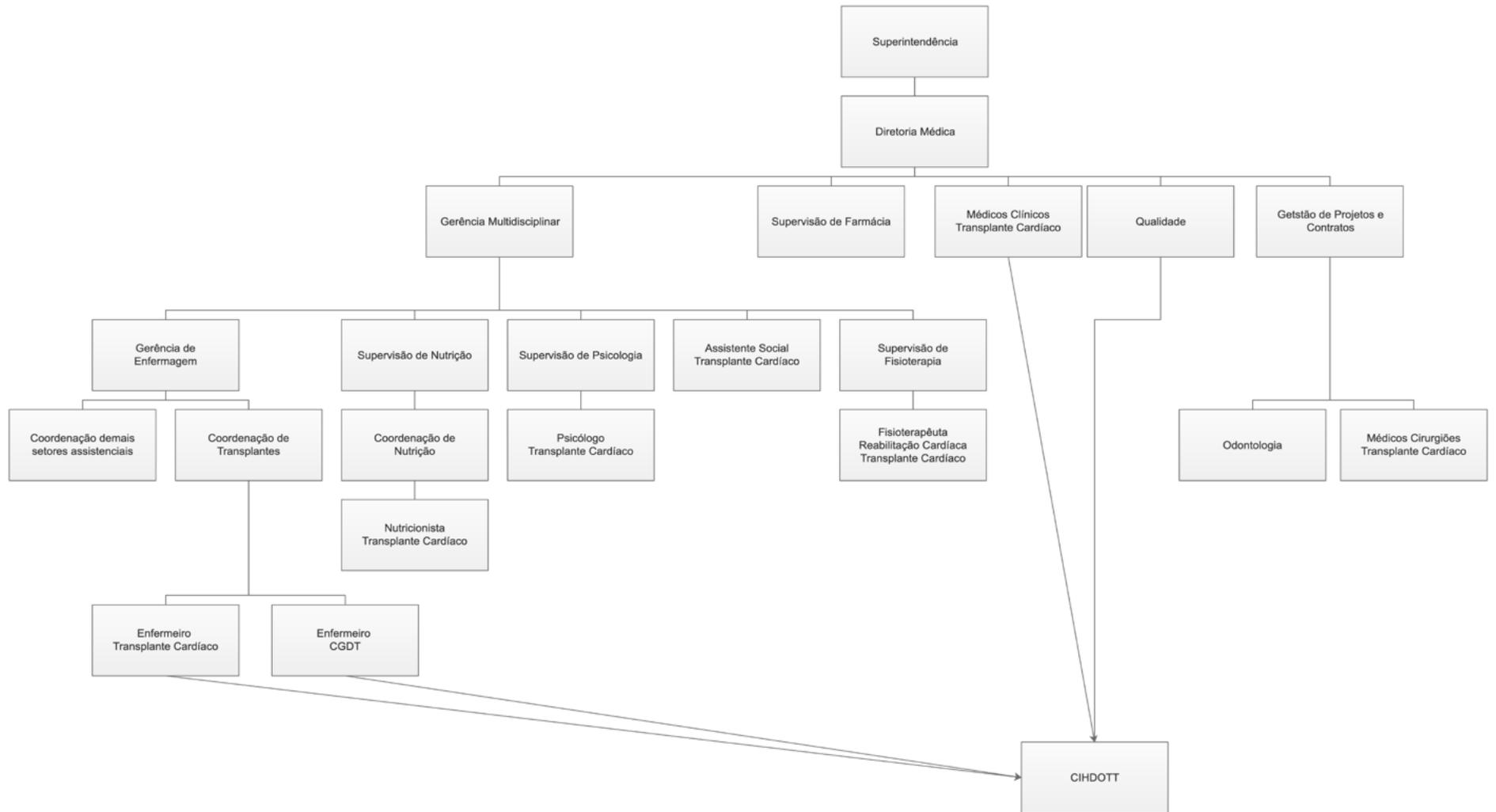


Figura 11: Esboço da hierarquização do trabalho na Instituição de Pesquisa (IP). Brasil, 2019.

* o símbolo → indica que há membros da área dentro da comissão.

Fonte: Análise documental, 2019.

Ao mesmo tempo que todos deveriam estar sob uma perspectiva multidisciplinar, algumas profissões de saúde estão em outros níveis hierárquicos e subordinados a outros profissionais.

Tal característica mostra a singularidade dos processos e ao mesmo evidencia a diferença entre tomadas de decisões entre os profissionais. É preciso verificar as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores, principalmente para construir, no campo de atenção à saúde, a integralidade no trabalho coletivo. Essa integralidade está presente no encontro, na conversa, no reconhecer as demandas explícitas dos cidadãos relacionadas a saúde, além de realizar a articulação entre a demanda planejada e a espontânea.^[77]

Essas situações de verticalização dos pares geram degeneração dos vínculos, destituição dos direitos trabalhistas, precarização das condições de trabalho, dificuldade na organização e relações sociais de trabalho, da mesma forma como se apresenta a organização institucional, de maneira tradicionalista (modelo biomédico).^[78]

A organização, como posta, resulta em problemas relacionais de ordem simbólica, como o poder (palavra diversas vezes usada pelos participantes), autonomia, reconhecimento dos processos, pertencimento e reconhecimento do trabalho. Schwartz ^[79] considera que uma equipe se organiza para além do somatório, de indivíduos e da execução das normas.

É importante ressaltar que todos estão subordinados a um médico, o que evidencia as características de modelo biomédico presentes em diversos momentos, nas observações, análise documental e entrevistas com os participantes.

Ressalta-se que os meios de organização dos serviços, adotados também no passado (década 70), utilizaram a proposta de trabalho em equipe como cerne da assistência em saúde. Contudo, mesmo que as normas antecedentes solicitem ou orientem para o trabalho em equipe, mudanças na qualidade ou na quantidade das equipes, é preciso modificar os moldes da organização do serviço, os quais irão proporcionar a alteração dos meios no trabalho em saúde.^[78]

Os médicos realizam a consulta e avaliação do paciente com indicação de transplante cardíaco, prescrevem os exames laboratoriais, solicitam os

encaminhamentos para os demais membros da equipe, determinam o trajeto que o usuário de saúde deverá percorrer dentro da instituição e também as terapêuticas que serão aplicadas ao paciente em algumas situações.

Nas observações, foi possível identificar o manejo clínico dos pacientes. Contudo, entre os protocolos existem normas que direcionam as terapias que deverão ser adotadas pelo profissional médico. Vale ressaltar que, apesar de existir protocolos institucionais sobre o manejo clínico, em vários momentos foram observadas condutas clínicas de forma diferente das normas, bem como relatos dos profissionais sobre essas renormalizações.

São várias cabeças. Então uns (médicos) não concordam com o protocolo, outros seguem. O protocolo de trabalho com relação às avaliações. Então sempre tem um que fere o protocolo. (E01)

Agora, quando não tá escrito você não sabe o que foi feito, se foi feito daquele jeito, se não foi, qual é a conduta que a gente vai tomar, pra fulana é de um jeito, pra ciclano é de outro jeito e aí parece que você não tem credibilidade naquela... naquela conduta, naquele serviço. Então acho que fica confuso. (E05)

Os enfermeiros são responsáveis por verificar se o usuário de saúde com indicação para essa terapêutica realizou todos os exames solicitados, se foi atendido pelos outros colegas e, ainda, a adesão ao tratamento do indivíduo e família. Tais situações não constituem preocupação dos médicos, fato presenciado durante a observação. Entretanto, o aspecto ressaltado na norma prescrita não condiz com a realidade do trabalho, os documentos fonte apresentam enfoque apenas no sentido da assistência prestada.

O enfoque principal do enfermeiro de transplante é a adesão ao tratamento e a educação para o autocuidado através de um acompanhamento individualizado e sistematizado que engloba o histórico de enfermagem, o exame físico, o levantamento e o plano de cuidados. O acompanhamento do enfermeiro de transplante é desde a primeira consulta ambulatorial para a avaliação até a alta do paciente do programa de transplante ou por contraindicação ao procedimento ou por óbito. (Análise documental)

É atribuição do enfermeiro de transplante

prestar assistência especializada aos pacientes com doença crônica terminal, sem prognóstico clínico ou cirúrgico e que estão dentro dos critérios para ser um candidato ao transplante; Assistir, acompanhar, orientar e supervisionar os períodos pré, intra e pós-operatório de transplante nas Unidades Assistenciais; Acompanhar e orientar os pacientes transplantados e seus familiares em todo seguimento pós-transplante. (Análise documental)

Existe uma rotina a ser seguida em quatro consultas realizadas pela equipe de enfermagem. Além disso, nos manuais encontrados para análise documental o

enfermeiro é responsável pelo gerenciamento do processo de avaliação para transplante cardíaco. Na revisão de literatura, extraindo-se as ações do enfermeiro e demais profissionais envolvidos no processo de doação transplante cardíaco, encontra-se também o enfermeiro como cerne desse serviço (Figura 12).

Na avaliação do candidato ao transplante, o enfermeiro é responsável pelo gerenciamento das ações que envolve o protocolo de avaliação, bem como agendamentos de exames, das consultas com a equipe interdisciplinar, da atualização do checklist, de exames e listagem. (Análise documental)

Quem comanda o programa de transplante é o enfermeiro, papel fundamental é dele, de líder. De fazer essa conexão com todas as equipes. (E06)

Os resultados mostram que o enfermeiro está envolvido no gerenciamento do serviço por inteiro e também apontam uma característica de centralizador de ações. Esse caráter de controlador, oriundo dos modelos tradicionais de administração, causa certo incômodo dentro da equipe multiprofissional, ocasionado pelas falhas de comunicação. Talvez a forma como tais interações entre os membros está ocorrendo não seja a mais coerente para o ambiente de trabalho, pois foi observada a utilização de aplicativos de redes sociais para comunicação entre os pares.

Mas por exemplo, a enfermagem, ela dificulta muito o nosso trabalho às vezes. Às vezes uma falta de comunicação, uma falta de averiguar o acontecimento para saber se realmente é aquilo. E isso vai às vezes chateando. A forma com que as outras pessoas falam com as outras. Então é isso que complica mais. (E04)

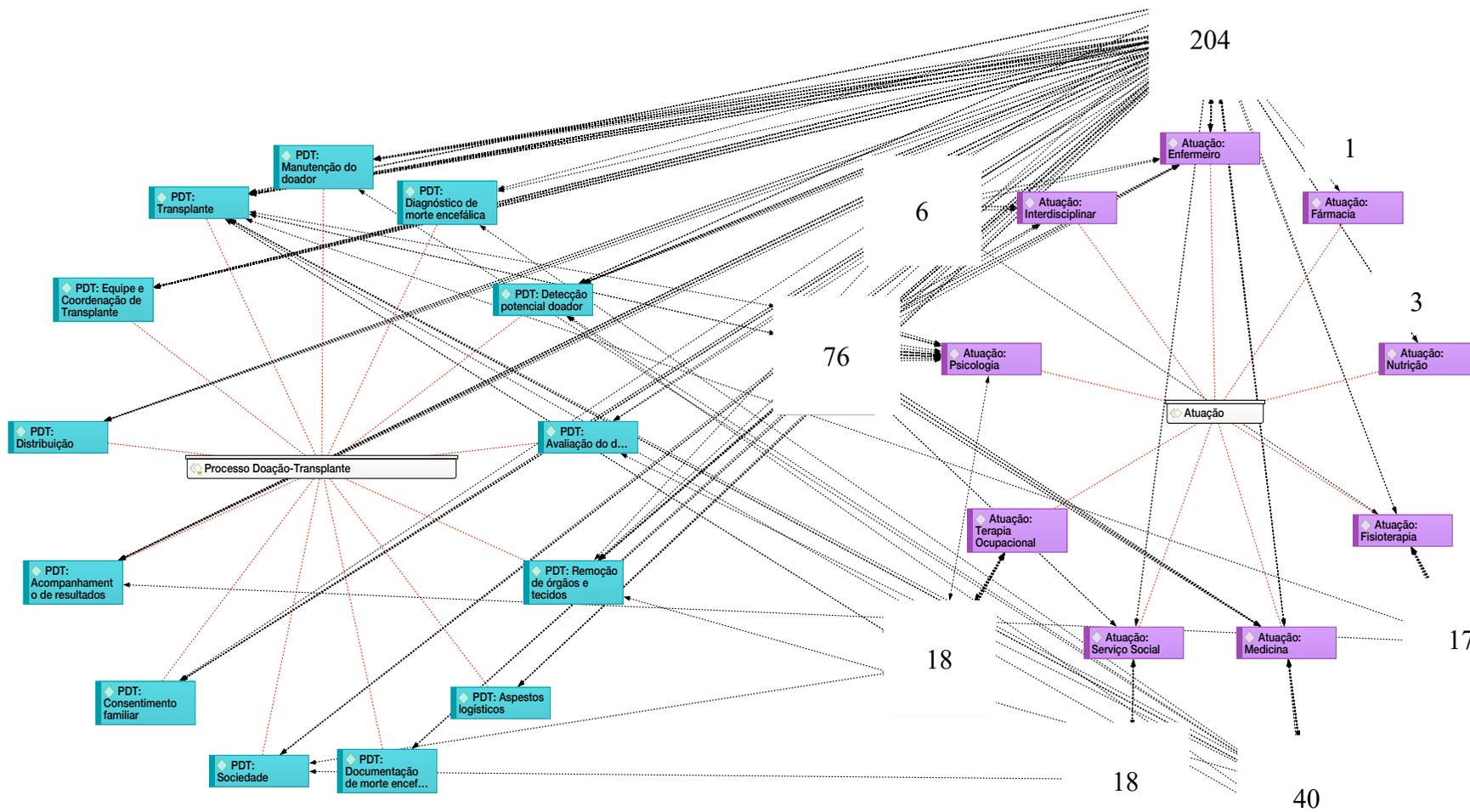


Figura 12: Número absoluto de ações dos profissionais de saúde no processo de doação-transplante (PDT). Brasil, 2019.
 Fonte: Análise documental, 2019. (Software ATLAS.ti versão 8.0)

Os nutricionistas orientam e prescrevem a dieta ao usuário de saúde. Porém, devido à grande quantidade de agendamentos para avaliação e por ser apenas um profissional para o serviço de transplante de órgãos, ele acaba selecionando os casos mais críticos para atendimento, tanto do pré-transplante como do pós-transplante, sendo que, pelo menos uma vez, todos terão uma consulta para avaliação nutricional. É atribuição do nutricionista

Investigar a história clínica do paciente através do instrumento de coleta (ficha de atendimento, avaliação antropométrica, prescrições suplementares ou fitoterápicas) tendo conduta embasada nos diagnósticos de nutrição que mais se adequem ao paciente. (Análise documental)

Os psicólogos realizam atendimento ambulatorial pré-transplante e acompanham o primeiro mês de transplantado. Após isso, também realizam atendimentos pontuais. É atribuição do psicólogo

conhecer o histórico do potencial receptor; avaliar sua condição emocional atual, presença de recursos psicológicos e a capacidade de compreensão; identificar fatores de risco psicológico, cognitivo e psiquiátrico que possam comprometer o comportamento de adesão ao tratamento; verificar a presença e a qualidade da rede de apoio familiar/social e orientar sobre todo o processo do transplante cardíaco. (Análise documental)

Os assistentes sociais atuam nas solicitações jurídicas de assistência à saúde de outros Estados que não possuem o serviço e no contexto daqueles indivíduos que possuem características de hipossuficiência. É atribuição do assistente social

conhecer os aspectos sociais relacionados ao processo de tratamento; identificar as questões sociais que interfiram no processo saúde-doença do paciente, elaborar junto ao paciente e seus familiares, estratégias de enfrentamento das problemáticas sociais que possam interferir no processo de tratamento, realizar orientações sobre direitos sociais, previdenciários e realizar encaminhamentos para outras políticas e/ou instituições quando necessário. (Análise documental)

Uma situação peculiar é a da fisioterapia, que realiza seu atendimento durante a internação, no pós-transplante cardíaco e de três a seis meses na reabilitação cardíaca. Tal observação está presente também nos documentos fonte, em que é visto o trabalho prescrito bem próximo da realidade, não havendo atendimento antes do transplante. Ao serviço de fisioterapia compete

preservar e restaurar a integridade cinético-funcional de órgãos e sistemas, assim como prevenir distúrbios causados durante o tempo de internação, como complicações pulmonares e osteomioarticulares. (Análise documental)

e

dar continuidade ao processo de reabilitação dos pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca. (Análise documental)

A odontologia faz uma avaliação geral e, caso necessite de algum tratamento, o paciente é direcionado a uma clínica externa à instituição. É atribuição do serviço de odontologia

Possibilitar o acesso ao tratamento odontológico preventivo e restaurador para minimizar os riscos de infecções que possam interferir na saúde geral do paciente, comprometendo o transplante. (Análise documental)

É visto que as equipes de enfermagem, psicologia e serviço social fazem a inclusão da família como rede de apoio e, pela análise dos documentos e observações, realizam o planejamento das atividades diante de uma ação de inclusão dos familiares no processo de adoecimento. Outro ponto é a forma generalista de atuação dos profissionais de fisioterapia e serviço social, observada pelo trabalho prescrito, e que no caso do serviço social não condiz com a realidade do trabalho real, visto que a inserção dentro do transplante é peculiar, incluindo diálogo com outros serviços e Estados.

O assistente social explica sobre o TFD (Tratamento Fora de Domicílio), reforça sobre as situações que o benefício pode ser utilizado (para a família na visita domiciliar). [...] No carro, ele explica a situação de outro usuário de saúde que há 3 anos tenta devolver ao Estado de origem mais a família não quer. E para eles se manterem em Brasília, trabalham de forma informal para não perder o benefício TFD. Menciona sobre as dificuldades que enfrenta com a família nas consultas, sobre a divisão da equipe e também da dificuldade das medicações imunossupressoras. (Diário de campo)

Alguns aspectos aparecem como dificultadores do trabalho coletivo, tais como movimento da precarização das relações de trabalho, aliado à flexibilização as atividades de trabalho. Há profissionais que possuem vínculo celetista com a hospital e outros possuem os contratos como pessoa jurídica (PJ). Porém, nessas relações entre instituição e PJ há várias complicações, pois o vínculo de equipe é reduzido, já que o compromisso é no cumprimento do contrato. Além disso, existe a supressão dos direitos trabalhistas, como Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), férias e décimo terceiro salário, que são benefícios assegurados pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

O conceito de grupo se faz necessário nesse sentido, pois o grupo é o encontro de várias pessoas que ligadas, de forma direta ou indireta, utilizam os espaços e tempos disponíveis para a realização de uma tarefa com determinada finalidade. Já a palavra equipe está associada à realização de tarefas, trabalhos

compartilhados entre os indivíduos. Contudo, a grande diferença é que tais indivíduos irão explorar as suas capacidades para, em coletivo, extrair o sucesso da realização pretendida. A equipe, portanto, possui um vínculo entre si para realização de tarefas com o mesmo objetivo.^[80]

Trabalhar em equipe consiste em, diante do prisma de cada núcleo (profissão), observar o indivíduo e conectar os diferentes saberes investidos e constituídos nos processos de trabalho em saúde, valorizando a participação de cada membro da equipe na produção dos cuidados, erguendo conformidades aos objetivos e resultados obtidos coletivamente.^[80]

Esse mesmo entendimento sobre grupo e equipe pode ser ampliado para equipe multiprofissional e interdisciplinar. A primeira está vinculada a um conjunto de saberes e agentes que operam separadamente e em blocos, com diferentes recortes do indivíduo, coordenados por uma atividade administrativa e tendo uma relação de poder vertical. Na interdisciplinaridade, as práticas de saúde devem se relacionar, ser recíprocas, há uma identificação pela equipe de um objeto comum, havendo uma tendência das relações de poderes horizontais e o enriquecimento mútuo da equipe.^[76]

Hoje participo do grupo de transplantados, observo que há enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e nutricionista. Não vejo a participação dos médicos nem fisioterapia até o momento. Percebo que o psicólogo irá conduzir a dinâmica. (Diário de campo)

As ações da equipe médica sugerem que existam pactos criados na rotina de trabalho da organização, pois observa-se a autonomia dos profissionais dentro dos processos e, ao mesmo tempo, infere-se que eles, com suas ações, sejam um dos motivadores da divisão de equipes. Acredita-se que é decorrente da autonomia a eles confiada diante do fato de serem os profissionais que autorizam a admissão dos usuários de saúde para o serviço.

O modelo assistencial preconizado pelo SUS é o de uma atenção ampliada à saúde. O SUS é uma conquista de todos e, nesse sentido, a lei traz em seu texto a noção de assistência integralizada. A integralidade do indivíduo deve conter uma noção de cuidado, deve tratar do encontro entre os vários atores envolvidos, para que as práticas de saúde sejam capazes de produzir relações de acolhimento, respeito, dignidade e vínculo para o usuário de saúde. Com relação ao ambiente de trabalho, tais práticas devem promover também a integração e evolução de um trabalho de grupo, segmentado, dividido, em que as partes darão origem ao todo,

para uma visão de equipe, com meta, objetivo comum e construção de plano terapêutico singular (PTS), proposto e construído no coletivo do trabalho.

Diante dessas considerações, é visto que o trabalho coletivo do serviço de transplante cardíaco possui traços do modelo biomédico. A hegemonia médica perpetua dentro das ações e do trabalho prescrito, além de direcionar o trabalho real dos demais profissionais, resultando em renormalizações do que está prescrito como atribuição de cada profissão.

7.3. SENTIDOS DO TRABALHO³

A sociedade vem passando por modificações nas suas práticas de produção, muito em função da globalização e das situações de alteração das dinâmicas de homem-trabalho, impulsionadas pelo desenvolvimento tecnológico e o rápido acesso a informações. Essas transformações são significativas, pois surgem novas organizações no mundo do trabalho e a natureza, por consequência, se modifica e com isso também o próprio homem.^[69,70]

Formas de trabalho até então nunca imaginadas começam a surgir diante da necessidade do mercado e, da mesma maneira, trabalhos até então necessários para as atividades começam aos poucos a desaparecer. Nesse contexto, o modelo econômico neoliberal, o qual o Brasil foi o último país da América Latina a implementar, tem formação diante de uma classe média alta, em que é rejeitada qualquer coisa parecida com um Estado de Bem-Estar Social, de cujos serviços não fariam uso. Ao amparo dessa ótica capitalista brasileira, ocorre a falta de emprego para alguns e o trabalho excessivo para outros, característica da máxima de oferta e procura.^[81]

O trabalho tem valor social importante para o ser humano. Marx^[48] já evidenciava que o trabalho é uma atividade afirmadora da vida do indivíduo, que dá características à sua existência e ao seu caráter social, sendo a realização do próprio homem, modificando o meio e a ele próprio. Ele exerce influência sobre a

³ Os resultados apresentados emergiram da análise em triangulação dos registros de observação do pesquisador, com as entrevistas dos participantes e com os documentos disponibilizados.

motivação, a satisfação e a produtividade dos trabalhadores, como evidenciam bem os participantes deste estudo.^[82]

Trabalho para mim é algo que faça sentido, é uma via de mão dupla, é algo que me faça sentir útil, em movimento, servindo e, ao mesmo tempo, recebendo, porque eu acredito muito nessa troca, sabe? [...] e isso me alimenta também. Então para mim trabalho é crescimento, é desenvolvimento, é ação, é sentir realmente fazendo uma diferença pras pessoas. (E03)

[...] trabalho é você se sentir útil, [...] é um bem-estar que o trabalho traz. [...] faz parte da rotina do ser humano você estudar, você trabalhar, você praticar uma atividade física, você se divertir, você... então isso eu acho que é uma rotina saudável. [...] Trabalho é aquele ditado que a gente vê. Dignifica o homem. Dignifica porque sem trabalho como é que você vai se manter? Se sustentar. E você poder trabalhar dentro do que estudou, é muito bacana. (E04)

Trabalho é tudo. Trabalho é o que te faz... o que te motiva a viver. Não me vejo sem trabalho. Eu acho assim, independente do cargo ou do que esteja, eu acho que trabalho é aquilo que você faz dentro da sua melhor forma. [...] O trabalho é tudo na vida de um ser humano, [...] uma pessoa que não trabalha, ah, é uma pessoa que fica ali encostada, parece que não é útil. Trabalho para mim é essencial, independente do que você faz. (E04)

A origem do trabalho é algo bastante peculiar e há bastante controvérsia no âmbito da sua conceituação. Os sentidos dados ao trabalho na história da humanidade foram diversos, tais como castigo, sofrimento, tormento, subsistência, riqueza e após implementação do capitalismo, tem-se o trabalho como valor de troca de moeda, ou seja, o ser humano realiza atividades ou tarefas em troca de moeda.^[81] Várias dessas ideias ainda estão presentes no dia a dia dos trabalhadores, como é visto nas falas dos participantes.

Eu gosto muito, então é prazeroso ouvir. A gente enfrenta algumas dificuldades, mas ainda é muito prazeroso vir, atender os pacientes, ver que você tem participação no processo e que eles podem. [...] é muito bom contribuir. É muito bom cuidar de pessoas, principalmente nessa fase de transplante que é a última alternativa dele. (E01)

Porque às vezes associa trabalho a algo trabalhoso assim. Que causa esforço. (E06)

É, além de ganhar o nosso ganha pão, é satisfação. De poder ajudar o próximo. (E11)

É meu meio de sobrevivência. Trabalho, para mim, eu vejo como um caminho para eu tá realizando os meus sonhos (E16)

Eu não sei definir isso, embora eu trabalhe bastante [...] teoricamente é uma coisa que você faz para ter uma... você tá trabalhando, você tem uma remuneração, você desempenha uma função e tem uma remuneração. (E17)

Para mim é onde você exerce a sua atividade profissional, obtém sua remuneração, de preferência digna. (E02)

Trabalho acho que é quando uma coisa que a gente faz para ganhar alguma coisa em troca. (E07)

Esse trabalho, trabalhar, possibilitar com que o colaborador tenha... produza mais, aqui eu vejo que a gente é incessante na produção, no atendimento. (E09)

Para os entrevistados, há vários entendimentos do trabalho que podem ser associados aos diversos sentidos mencionados anteriormente, atribuídos ao longo da humanidade (Figura 13). É interessante verificar que alguns desses sentidos foram mais presentes, como, por exemplo, a relação de poder^[49], que durante a observação se demonstra estar presente na figura do médico, reforçando as características do modelo de saúde na IP centrado no médico; sentimento de ser útil, que dá sentido ao reconhecimento do indivíduo com o trabalho e ao mesmo tempo a emoção de pertencimento ao meio. Outro termo utilizado que traz um significado interessante é “coisa”, quando, em algum momento, era perguntado sobre “o que está sendo feito ou foi realizado”, os participantes definiam a ação como “coisa”, trazendo a personificação da coisificação. Para Boaventura, “a realidade parece ter tomado definitivamente a dianteira sobre a teoria”^[83:1] e com isso essa última passa a ter dificuldade em conceituar os fenômenos. A “coisificação” é um termo que volta os indivíduos para o nível de objetos, ou seja, o estado emocional ou psicológico não é considerado.^[83,84]

Então na realidade eu faço de tudo um pouco. Eu gosto bastante disso porque me estimula a estar sempre estudando e não cai no marasmo. (E02)

Eu vejo que você produzir, você ser útil, você ser parte de um processo, ter o seu papel, você conseguir cumprir o seu papel social, passa muito pelo trabalho. Acho que a contribuição que eu posso dar para sociedade é por meio do meu trabalho. (E09)

Eu estou fazendo um papel que eu não tenho isso no papel, parece que definir o papel é pouco, mas para mim é muito importante. (E13)

Trabalho também é fonte de conhecimento e acho que a gente nunca para de aprender, todo dia, seja com a sabedoria do paciente, seja do conhecimento técnico de outro profissional. (E15)

Com isso, o trabalho passa a ser visto como uma atividade humana, em que os atos têm início e fim, sendo identificados e atribuídos a uma decisão sujeita a arbitragens, enquanto atividade de trabalho é o lugar da reapreciação sobre os procedimentos, um vaivém entre o micro e macrotrabalho.

Os debates que se encontram no micro do trabalho são os maiores desafios do trabalhador, pois proporcionam o embate de valores do indivíduo, da sua vida como indivíduo, cidadão, político e profissional. Essas arbitragens feitas pelo trabalhador no momento das dramáticas de si são uma forma de gerenciar e ao mesmo tempo ponderar. O resultado das transformações, impossíveis e invisíveis, é sempre de alguma forma infiel e as arbitragens do ser humano em face ao meio são representadas pelo agir diante da história de vida e de trabalho em resposta às normas.^[86]

7.4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS OU FORMAÇÃO PROFISSIONAL: RENORMALIZAÇÕES DE TRABALHADORES NO TRANSPLANTE CARDÍACO⁴

A possibilidade de aprimorar os conhecimentos com a inclusão e a permanência dos indivíduos no mercado de trabalho na sociedade é uma das finalidades do processo de formação profissional. Ter trabalhadores mais qualificados, com um conhecimento específico para o exercício de atividades, é crucial para a dinâmica do trabalho em saúde.

⁴ Os resultados apresentados emergiram da análise em triangulação dos registros de observação do pesquisador, com as entrevistas dos participantes e com os documentos disponibilizados.

Eu acho que todo conhecimento é bem-vindo. Eu acho que é uma área muito ampla. É o transplante em si, o cardíaco também. [...] Então, eu acho que todo o conhecimento é bem válido mesmo. (E01)

A educação é uma ação de longo prazo, cujos conhecimentos constituídos e investidos fazem parte da atividade de formação de um trabalhador. O mundo do trabalho, com suas alterações diante das necessidades da sociedade da informação, cada vez mais exige profissionais que busquem se atualizar e consigam lidar com as situações problema (dramáticas de si).

Eu acho que primeiro para mim quanto profissional, para o paciente e também para o serviço, eu acho que todos vão ganhar, um serviço mais qualificado. (E01)

A gente tem uma participação bem frequente em congressos, a gente tem o Congresso Nacional de Insuficiência Cardíaca, onde a gente procura, cada vez mais, demarcar espaço, tanto presença em mesas para a discussão quanto apresentação de trabalhos e discutir com colegas. Basicamente, o serviço participou da elaboração das diretrizes de transplante e insuficiência cardíaca. Então, a gente participa muito dessas discussões, a gente procura gerar material e a gente participa dos congressos. (E02)

A formação profissional no âmbito da saúde ocorre primeiramente nas áreas de medicina e farmácia, vindo, na sequência, a enfermagem e, mais recentemente, as outras profissões. Nesse sentido, pode-se inferir que a hegemonia do médico no serviço de saúde tem sua origem pautada no desenvolvimento das profissões. O trabalho em saúde tem uma perspectiva coletiva, em que todos visualizam o indivíduo de acordo com suas lentes de profissão para que, juntos, se tenha noção do todo, da pessoa por completo.[87]

Uma das grandes responsabilidades na formação profissional é proporcionar aos jovens uma educação para a vida. Nessa trajetória, é necessário saber lidar com a informação e assegurar uma formação ancorada de forma consensual em competências e habilidades. O processo de educação e formação profissional diante de uma sociedade da informação não requer apenas treinar as pessoas para o uso das tecnologias de informação e comunicação. Ele exige alcançar um desenvolvimento do indivíduo pautado em competências bastante amplas, para se conseguir uma efetividade na produção de bens e serviços, tomar decisões de maneira técnica, realizar o manuseio dos novos meios e novas ferramentas tecnológicas no trabalho, seja em usos simples e rotineiros, seja em aplicações mais sofisticadas. Em outras palavras, o processo de educação tem por finalidade transformar o indivíduo para aprender a aprender.[6,72]

Existe a formação também dos profissionais. De que forma eles são treinados?? Como eu sou trabalhadora, é uma coisa assim, a gente vê muito ao longo do curso a importância da empatia, a importância de uma humanização, fala em sensibilização, mas... e aí eu vejo que acontece muito em outros cursos que o foco não... não é esse. (E03)

Nesse sentido, o termo competência revela uma história. Ele tem seu fundamento no senso comum e a intenção de caracterizar se alguém está apto ou não para uma determinada função. O debate do conceito de competência tem sua origem nas práticas do modelo taylorista e fordista de organização do trabalho que, em conjunto com o modelo capitalista de produção, promove a necessidade de trabalhadores qualificados para execução de tarefas.

Hoje meu papel é prestar assistência em todos os órgãos. Eu saí do transplante de medula, eu fui para o transplante de fígado, depois eu fui para transplante renal que é maior demanda no sentido de volume de pacientes, então eu fico com transplante. E aí a gente tá aguardando para saber como será o meu próximo remanejamento. (E02)

O debate francês sobre o conceito de competência nasce na década de 1970, quando do questionamento do conceito de qualificação e do processo de formação profissional. Naquela época, tentou-se trazer os conhecimentos constituídos sobre os processos de trabalho para mais perto dos trabalhadores, com o objetivo de melhorar a capacitação deles. Essa ação tinha como intenção trabalhar as experiências dos trabalhadores juntamente com a academia.^[88]

A gente tem uma participação bem frequente em congressos, onde a gente procura cada vez mais divulgar os dados do serviço, tanto em presença em mesas de discussão quanto em apresentação de trabalhos, e discutir com colegas. (E02)

Na década de 1990 o conceito de competência foi além do conceito de qualificação e trazia consigo alguns pensamentos importantes, como a noção de incidente em que, durante a atividade de trabalho, ocorrem situações imprevistas (dramáticas de si); a comunicação entre os trabalhadores e a noção de serviço (atendimento ao público interno e externo). O trabalho se torna então algo além do que está prescrito e passa a ter um caráter mais dinâmico, um prolongamento direto da competência que o indivíduo mobiliza em face de uma situação profissional.^[88,89]

Tudo que a gente construiu ou que eu peguei que já tava construído então foi baseado numa formação prévia que não era relacionada a área, mas muito no sentido de entender o trabalho que faziam e se adaptar ao novo. (E02)

Para a Ergologia, a competência é uma questão difícil, porém necessária:

Acho que este é um paradoxo incontornável: é um exercício necessário para uma questão insolúvel. Não se chegará jamais a objetivar a competência. Mas tentar fazê-lo me parece normal, porque, repito, todo mundo avalia, talvez intuitivamente, e o faz desde o momento em que se empreende algo junto.^[43:210]

A competência não surge de um plano de ação, ela é um agir de si na atividade e depende de quais fontes se extrai para se obter eficácia. Schwartz afirma que a competência possui seis ingredientes que devem ser observados no aqui e agora (Figura 10).

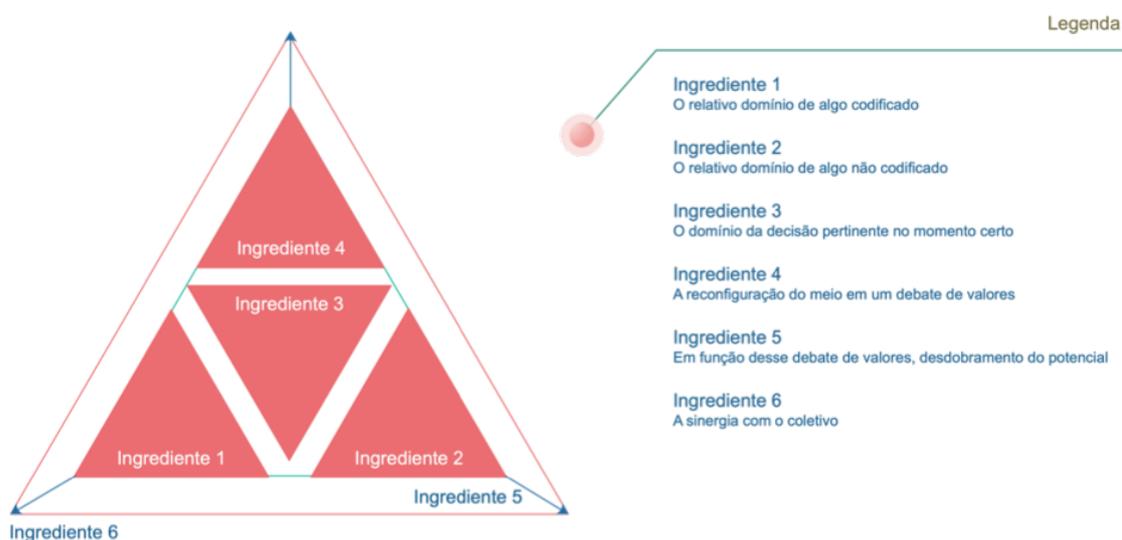


Figura 14: Os seis ingredientes de uma competência (Louis Durrive). França, 2003.

Fonte: Schwartz, 2003.^[90:213] (com adaptações)

O primeiro ingrediente da competência, segundo Schwartz, é o domínio de uma linguagem formal, de saberes identificáveis e estocáveis, nos quais o trabalhador busca conhecer a tarefa para a qual foi designado, em um esforço de conhecer. Dentro disso, há vários caminhos a serem tomados. O segundo ingrediente é o domínio histórico da situação, no qual o trabalhador deve resgatar suas referências históricas para auxiliar na execução da tarefa. O terceiro ingrediente é a capacidade de dialogar com o primeiro e o segundo, de forma que o trabalhador possa intervir oportunamente na tarefa. Nesse ambiente, há um debate de valores sobre o mundo real e a realização das tradições. No quarto ingrediente tem-se a própria avaliação, o encontro e o cruzamento de valores, em que o trabalhador, diante de uma tarefa, a realiza conforme o que é prescrito, mas

observando o que é real. Nesse sentido, ele faz arbitragens para entregar a tarefa pronta, renormalizando a atividade de trabalho. No quinto ingrediente, registra-se a recorrência aos itens precedentes, com uma busca do indivíduo por mais experiência em relação às tarefas. O último ingrediente é a sinergia, a relação com os outros, pois ninguém trabalha sozinho.^[90]

Apesar do entendimento da Ergologia de que não é possível restringir o conceito de competência, pois ela está dentro do aqui e agora, trabalhando com a aderência e desaderência das dramáticas de si, há outras vertentes que afirmam que os conceitos unidos de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) consolidou-se como indicador para análise de requisitos no desempenho das atividades de trabalho.^[91]

Eu trabalhei na Defesa Civil, Coordenadoria de Defesa Civil. Fiz residência pela Secretária de Saúde do Estado, era lotada num hospital geral, também trabalhei num hospital privado. Depois da residência continuei no hospital geral por 10 anos. Trabalhei numa clínica oncológica e hematológica também. Trabalhei com a comunidade. Ah, também trabalhei no Hospital de Emergência e Trauma. Professora de faculdade. (E03)

O agir em competência, com o trabalhador exercendo sua atividade, aciona vários ingredientes que estariam presentes em cada situação em diversas quantidades e intensidades e que são utilizados de forma situada, para que a tarefa determinada no exercício do trabalho seja executada com qualidade.

Nesse sentido, ao se observar o trabalho dos profissionais de transplante cardíaco e verificar os percursos em suas entrevistas, percebe-se que poucos tiveram uma formação acadêmica para aquilo em que atuam hoje. A maioria buscou dentro da sua atividade de trabalho maneiras de se aprimorar e se adaptar ao novo, evidenciando o desenvolvimento da competência.

Eu falei que não teria experiência... eu não tinha experiência nem vivência na área, e o que foi dito é que é algo novo que ninguém teria. De transplante só seminários, seminários e minicursos. (E01)

Bom, a gente faz a formação e a residência. Então fiz a residência em clínica médica, cardiologia. (E02)

A gente teve um momento de adaptação, de observação. A gente não atendia, a gente observava para poder entender como é que era o funcionamento. Eu acho que é uma área bem específica. Bem peculiar, então, portanto, bem especial também. Entrar na esfera do transplante foi uma novidade, foi algo que me instigou, sabe? A conhecer algo novo, eu gosto de conhecer coisas novas. Eu não tinha essa experiência. (E03)

Logo que eu saí da faculdade comecei a trabalhar numa UTI neonato. (E05)

Quando me formei, eu comecei a trabalhar como voluntária num trabalho com crianças especiais, era mais nessa parte de gerência multiprofissional. (E06)

Para transplante cardíaco não. Acho até, porque tem uma escassez de capacitações, de pós-graduações para transplante. Não muito comum a gente ver isso. Mas eu fiz uma capacitação em cardiologia. (E06)

Quando eu me formei, primeiro eu fiz dois cursos de neuro, depois fiz outro para atender neuro e aí comecei a atender numa clínica de pacientes neurológicos. (E07)

O aprendizado aqui, sabe? A gente aprende muito aqui. Eu até brinco que eu estou como se eu tivesse numa residência, sabe? Porque o aprendizado aqui é muito grande, aqui eu vejo como um hospital-escola. A gente passa por muita coisa, muita história, eu estou sempre aprendendo, toda semana eu aprendo um negócio novo, toda semana eu tenho contato com uma realidade diferente que me estimula a crescer, que me estimula a buscar informação para poder dar resultado àquela realidade que tá sendo apresentada. Então, o conhecimento adquirido aqui no dia a dia, as coisas assim, é muito legal. (E09)

Nas falas dos entrevistados, infere-se que há uma rica diversidade das experiências que compõem a equipe de transplante cardíaco. Isso corrobora o pensamento dos seis ingredientes da competência, com ênfase no quinto ingrediente, segundo o qual o trabalhador busca experiências para resolver as situações reais de trabalho. Os saberes investidos e os saberes constituídos são necessários para os trabalhadores do transplante cardíaco para que as dramáticas de si, às quais eles são submetidos durante suas atividades, possam ser enfrentadas. Seria um contrassenso não compreender que, durante a formação e experiência de vida que cada um deles abarcou nesse período, tais dramáticas não estão presentes no seu dia a dia de trabalho.

A experiência não deve ser um conceito generalista, ela precisa ser individualizada de acordo com o caminhar de cada indivíduo. Ela traz para os espaços socráticos de duplo sentido os debates entre os três polos de saberes (DD3P), é a origem das renormalizações no ambiente de trabalho, a atividade humana em si.

Existe bastante discussão sobre a formação em situação de trabalho (academia) e a situação de formação no trabalho (prática). A formação do profissional deve, por sua origem, contemplar diversos saberes constituídos e tecer em sua rede complexa atuações que vão além das regras ou normas antecedentes, mas também atuação na proposição do novo. Também deve ocorrer dentro de um contexto situado ao trabalhador, cercado de condições e meios de processo de trabalho, ou seja, sempre em uma situação coletiva no trabalho.^[77]

Hoje, existem contradições entre a formação e a prática profissional que necessitam revisitar as estruturas de ensino, base da formação dos profissionais de saúde. O serviço de saúde é de grande complexidade. Repensar os processos pedagógicos na formação deles é uma forma de aproximar as práticas profissionais da academia e propiciar o desenvolvimento de competências que contemplem os seis ingredientes propostos por Schwartz.^[92]

Os projetos de residência em saúde podem ser uma forma de realizar a inserção de jovens trabalhadores no ambiente de trabalho de maneira mais gradual, desenvolvendo melhor as práticas de saúde e rotinas. Os ingredientes da competência são importantes para dialogar no desenvolvimento desses programas, pois eles demonstram compreensão do agir do trabalhador de saúde diante das dramáticas de si, que o permitem responder com eficácia a uma tarefa desenvolvida.

Pelo relato dos entrevistados a grande maioria não teve experiência no ambiente de graduação sobre o tema de doação e transplante de órgãos. Talvez seja necessário fazer a inclusão dessa temática nos currículos de formação técnica ou universitária, para que se possa contribuir com um espectro de conhecimento das normas afetas ao tema e se refletir sobre o trabalho em doação-transplante.

7.5. SOBRETALHO, A SOBRECARGA DE UM TRABALHO INVISÍVEL⁵

Por muito tempo, a humanidade vem transformando seu modo de trabalhar e o ser humano pode ser visto como a única espécie capaz de produzir seu próprio sustento. Os modelos de produção foram se norteando de acordo com a sociedade vigente. Os moldes de trabalho foram influenciados por dois grandes pensadores, Frederic Taylor e Henry Ford, com o pensamento de produção em massa e autonomia de produção, intensificando o sistema de produção capitalista com visão projetada ao lucro.

⁵ Os resultados apresentados emergiram da análise em triangulação dos registros de observação do pesquisador, com as entrevistas dos participantes e com os documentos disponibilizados.

Os modelos de administração dos serviços de saúde trazem consigo um pouco da experiência desses dois pensadores, com a característica de divisão de tarefas. Com o advento das tecnologias de comunicação, principalmente a internet, e ainda sua constante evolução ao lado de novos modelos organizacionais, registra-se uma alteração da dinâmica entre homem-trabalho, que até um tempo atrás não seria possível.^[93]

Albert Einstein, ao falar sobre a teoria da relatividade, demonstra que o tempo e o espaço podem ser entendidos como flexíveis, maleáveis, fluidos. A mudança do paradigma de que o tempo era rígido e passa a ser flexível acontece no trabalho em saúde, com o avanço das tecnologias em saúde, pois, a cada nova tecnologia incorporada nessa área, ocorre a modificação do trabalho. Com isso, o trabalho começa a ser orientado por um molde flexível, em que o ambiente hospitalar não é o único ponto de execução de tarefas. As atividades começam a ser realizadas fora do ambiente hospitalar, com o apoio de ferramentas digitais. Nossas crenças antigas sobre a forma como trabalho era executado em uma sala, escritório, consultório, tornam-se irrelevantes diante da maneira como essas ferramentas ancoram os processos de trabalho.

Desse modo, o teletrabalho se mostra como uma nova forma de organização, com auxílio do uso de novas tecnologias de informação e comunicação. É uma modalidade que compreende maneiras distintas da prestação de serviço, fora da empresa, longe de instrumentos habituais de supervisão e do controle do empregador. Ele surge do processo de globalização e flexibilização das atividades de trabalho, respondendo em primeiro momento às necessidades e demandas do mundo do trabalho informatizado, ágil e instantâneo, entrando em conexão com toda a produtividade existente no mundo.^[94]

Há várias formas de se classificar o teletrabalho: em domicílio, móvel, deslocalizado, telecentro, hotelling. Definir e classificar o teletrabalho não é uma tarefa fácil, pois sua origem e sua amplitude são pontos de incerteza dos fatos na atualidade, uma vez que envolvem um fenômeno social aliado à globalização e ao desenvolvimento de novas tecnologias de comunicação. A conceituação mais pertinente ao termo é aquela em que o trabalhador realiza a prestação de serviços de forma conectada ao empregador, indireta ou diretamente, utilizando-se de meios que permitem o envio de textos, dados, imagens e sons, de seu próprio domicílio ou de qualquer outro lugar que não o posto de trabalho na empresa.^[93,95]

O teletrabalho pode ser entendido como o momento em que o profissional de saúde faz uso das tecnologias de informação e comunicação (tecnologia em saúde) e realiza suas tarefas de forma constante e subordinada a um superior. Essa atividade se realiza fora do ambiente convencional de trabalho, porém, há o pagamento de proventos por suas funções, segundo as normas trabalhistas aplicáveis, por caracterizar um vínculo empregatício.

Os achados do estudo evidenciam o processo de teletrabalho, em diversos setores. O profissional se expõe a atividades que estão fora do “seu escritório de trabalho”, conforme relatos abaixo:

Então, às vezes, a gente resolve coisas de casa, a gente olha um e-mail e responde quando não está mais aqui (local de trabalho), porque algo precisa ser respondido e você é a única pessoa que consegue responder. (E10)

Não dá para um paciente que eu acompanho ficar só comigo, porque ele vai surgir aqui no hospital pedindo informação em outro horário, todo mundo precisa estar ciente, e se eu não passar essa informação, normalmente, ela é solicitada quando eu estou em casa. Então acaba que uma ferramenta de continuidade do trabalho é o celular. Então hoje eu tenho, sei lá, uns 20 “grupos de WhatsApp” vinculados ao serviço, que funcionam e que eles ficam ativos 24 horas por dia. Então, às vezes, você recebe mensagem no final de semana, que não é para estar trabalhando, às vezes, acontece uma emergência final de semana e aí você tem que vir. (E10)

Eu trabalho com o celular do setor 24 horas. O celular é nossa principal ferramenta. (E12)

[...] a questão da tecnologia, em questão o celular, porque eu posso resolver tudo pelo celular, questão de e-mail. Porque eu só trabalho com e-mail e com ligação. (E16)

Durante a captação, a enfermeira estava o tempo inteiro com o celular respondendo e-mails, mensagens do serviço sobre o andamento da captação, e fazendo ligações para a CNCDO de Brasília, que estava monitorando o processo. (Diário de campo)

Nos discursos pode-se inferir sobre o distanciamento do trabalho prescrito e o trabalho real, pois os trabalhadores deveriam utilizar as ferramentas oficiais de comunicação da IP (e-mail institucional, ramais institucionais, sistema de evolução dos pacientes). Contudo, observam-se as renormalizações das atividades prescritas, quando o trabalhador necessita responder a tarefas que apenas ele poderia e, com auxílio da tecnologia, é possível viabilizar a sua execução. As observações evidenciaram que tal situação ocorre entre todas as profissões que foram estudadas na pesquisa. Os protocolos que norteiam as atividades de cada setor não mencionam a utilização do aparelho celular entre as ferramentas de trabalho. Apenas nas entrevistas foi relatada a utilização dos veículos de

comunicação oficial e, mesmo assim, apresentando limitações para essa comunicação.

A gente trabalha diretamente com o celular e computador. (E14)

Observo que a profissional A está trabalhando nos problemas que surgiram pelo celular. (Diário de campo)

O sistema que a gente utiliza é o A, que é aquela parte que a gente entra é uma forma para cada um, se eu sou da profissão A, se eu sou da profissão B, e tudo mais. Às vezes, os profissionais Y não sabem onde fica a minha evolução, eles sabem pedir parecer para mim? Então, tem que ficar ensinando para eles e tudo mais. (E10)

Nesse debate de normas, o prescrito não consegue acompanhar a realidade e os trabalhadores se utilizam dos seus saberes investidos para criar seus próprios saberes dentro do ambiente que possui um vazio de normas. Constantemente novas normas, nem sempre oficiais, podem ser oficiosas.

O celular vira uma ferramenta de trabalho indispensável, e eu confesso que quando entrei aqui, eu tive dificuldade para me habituar a trabalhar com o celular, porque eu percebi que hoje as pessoas, elas deixam de utilizar o e-mail, o documento oficial, e trabalham no “WhatsApp”. (E20)

Essas falas dos profissionais corroboram com a ideia de flexibilização do processo de trabalho, evocando arranjos de trabalho remoto facilmente reconhecíveis, mostrando um caráter descentralizador do processo. Esse é um dos paradigmas sobre o qual há bastante debate no meio da administração, pois acredita-se que a flexibilização pode promover melhores resultados e satisfação dos trabalhadores, bem como redução de custos para a empresa.^[95]

O sobretrabalho tem seus bônus e ônus, já que permite ao trabalhar ser mais flexível, ter um horário mais ajustado, maior autonomia e criatividade, pois ele se traduz em uma confiança no trabalhador. Contudo, do âmbito legal, essa forma de trabalho pode ser entendida como manipuladora dos direitos trabalhistas, em especial no que se refere à jornada de trabalho.

Meu trabalho aqui é solucionado em torno de 30% a 40% por via de rede social, de WhatsApp principalmente. Isso é bom e é ruim. É bom porque assim, a gente tá para facilitar a vida do paciente, e se eu utilizar o WhatsApp um instrumento facilitador pro paciente, ok, mas é ruim, porque te acha em qualquer horário, sábado, domingo, feriado. E assim, a gente entende que o nosso contrato, nosso compromisso, nossa aliança é nosso horário de trabalho. Mas o que eu entendo que o meu trabalho extrapola essa carga horária, porque eu trabalho pelo telefone. Então, não se resume ao horário de trabalho. (E09)

Eu gostava da época que você falava por telefone mesmo e você anotava e podia tá lá na hora. Porque com grupo de WhatsApp, acaba que você tá trabalhando três vezes mais, porque você tá atendendo, você tá respondendo no celular, tem alguém que tá te procurando, aí o outro... e como você tem... aqui a gente tem o grupo W, X, Y, Z. Então são vários

grupos. Se eu estou com paciente A, eu não tô ali 100%, porque alguém me manda alguma demanda de outro setor, eu tenho que responder também. Então acaba que você trabalha bem mais. (E19)

No Brasil, recentemente, essas questões de teletrabalho vêm sendo discutidas. A Lei federal nº 13.467/2017^[96] traz um pouco de luz para essa temática complexa, em que há um entendimento de que a presença do trabalhador nas dependências do serviço não descaracteriza o teletrabalho, promovendo reflexos para o mercado de trabalho. Um ponto necessário para o debate é o quão invasivo esses meios telemáticos e informáticos de comunicação remoto podem ser, a ponto de inviabilizar os direitos dos trabalhadores de usufruir de lazer e convívio social. Essa discussão na França resultou na aprovação da *Loi* nº 2016-1088, *du 8 août* 2016, que concede a permissão aos trabalhadores de ignorar as mensagens eletrônicas e os e-mails encaminhados pelos prepostos de seus empregadores fora do horário de trabalho.^[97]

Os limites do trabalho são situações que fogem do prescrito e são desafiadoras para os trabalhadores que, no uso de si, por si e pelos outros, realizam arbitragens para diagnosticar adequadamente a situação e tomar as melhores decisões, com o pensamento voltado para o bem maior, o usuário de saúde. Tudo isso evidencia uma dramática de si constante durante o trabalho vivo de saúde, como mostram os resultados deste estudo.

Segundo Yves Schwartz, o trabalho possui uma dimensão visível, bem definida pelas normas, e uma situação invisível, que não é vista ou se encontra na penumbra, pois ainda não foi esclarecida.^[98]

A maioria dos profissionais não sabe manejar as características próprias do transplantado. Então tem muito paciente que requer uma demanda maior, procura fora do horário, alguns me adicionaram no Facebook, acabou que eu acabei aceitando alguns. Nossa, tem uma (usuária de saúde), ela me manda mensagem assim... me ligou umas três vezes um dia de manhã, aí no meio do consultório, número desconhecido, atendi. Eu posso fazer acupuntura?". Então assim, na grande maioria a gente é disponível, a gente procura regular essa disponibilidade, porque também senão a demanda suplanta a gente. Mas via de regra a gente é bastante acessível. Alguns me procuram às vezes até por Facebook, por Whatsapp. Via de regra, se eu vejo que é grave, eu respondo e dou o acesso, se eu vejo que é bobeira, eu acabo não respondendo, até para não estimular esse meio de comunicação enviesado. Apesar de ser uma facilidade para o paciente, um conforto, eu acho que isso piora a nossa vida, eu acho que isso reduz a nossa... o nosso descanso e a nossa capacidade de desconectar do trabalho. Eu acho que isso vai ter um impacto negativo a longo prazo sim. (E02)

O profissional estava com o celular respondendo a equipe de transplante sobre as condições do usuário de saúde e passando um resumo da consulta para os demais membros para ser discutido no comitê de listagem. (Diário de campo)

Observei, que o médico discutiu com o colega o caso do doador pelo telefone durante a captação para auxiliar na tomada de decisão sobre o receptor do órgão. (Diário de campo)

As conduções clínicas dos indivíduos submetidos a transplante cardíaco ainda não são totalmente esclarecidas no contexto científico, havendo pouco tempo do início das ocorrências e relatos sobre os casos de transplante. Os profissionais de saúde não envolvidos no transplante, que atendem a pacientes submetidos a tal terapia, desconhecem o manejo clínico ou não se sentem seguros na condução do caso. Assim, acabam solicitando pareceres da própria equipe transplantadora sobre o manejo adequado com o transplantado. Com isso,

quando se deixa de abordar o trabalho como unidade microscópica, mensura-se melhor como, “na penumbra”, todo trabalho é – mais ou menos – uma provocação para se fazer uso de si por si mesmo, para pensar mesmo quando não se é solicitado.^[99:31]

Toda essa dramática de si corrobora para as renormalizações que os trabalhadores executam no dia a dia do trabalho com o transplante cardíaco. Nesse sentido, as falas dos trabalhadores de saúde corroboram para o pensamento ergológico de que a atividade humana é um debate de normas, as normas antecedentes e as renormalizações na relação com o meio, durante suas dramáticas de si.

A sobrecarga de trabalho ocasionada com uso das tecnologias de informação e comunicação evidencia um comportamento já esperado pelo avanço no desenvolvimento tecnológico, pois ela influencia em dois aspectos: o aumento de conteúdo do trabalho e a criação e expansão de novas modalidades de trabalho.

A gente fica muito sobrecarregado com isso aqui (apontou para o celular). (E20)

Na verdade, eu gostaria de ter menos grupos de WhatsApp, por exemplo, eu acho que isso me atrapalha muito. Porque acaba que você está atendendo no ambulatório e tem alguém mandando uma mensagem no WhatsApp e se você não atender, “cadê?” você não me atendeu, eu estou precisando de você agora.” Não teria que ser uma coisa, tipo, o dia todo, você está em casa, mas no WhatsApp já estão trabalhando, “você viu aquele paciente? Você teve resposta daquele paciente? Você tem resposta daquele paciente?”. Não é meu horário de trabalho, mas eu estou trabalhando. Porque eu tenho que responder. E também à noite também. Eu acho que teria que ter mais limite no uso do celular, de rede social, por exemplo, de WhatsApp. (E19)

melhor qualidade. O trabalho em saúde possui fatores limitadores para sua migração completa para a lógica do teletrabalho, pois é preciso uma infraestrutura adequada para alguns procedimentos, como cirurgias e coleta de exames de sangue e de imagem. A migração de algumas atividades e a inserção de aplicativos de comunicação devem ser entendidas como proveitosas para otimizar o tempo de trabalho e a troca de informação dentro da equipe.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade mudou bastante desde a década de 1980. Desenvolveu novas formas de tratamento para doenças, modificaram-se hábitos, costumes, comportamento; o Brasil deixou de ser um país essencialmente rural e passou a ser um país mais urbano. Todas essas mudanças também resultaram em novas demandas de saúde. Entre elas, o transplante de órgãos, em específico o transplante cardíaco, no âmbito do sistema público. O transplante é visto pelos profissionais como último recurso terapêutico para o usuário de saúde com insuficiência cardíaca. O indivíduo tem um grande benefício com ele, pois melhora sua qualidade de vida e pode retornar às suas atividades de vida diária.

Contudo, o processo de doação-transplante possui um ritual específico, existe toda uma avaliação feita por uma equipe multiprofissional, que deve elaborar um plano terapêutico singular e definir se o usuário de saúde tem condições físicas, emocionais, sociais e rede de apoio para realizar o transplante cardíaco. Ainda, após o procedimento, deve-se estabelecer estratégias para manutenção do novo órgão, diante de tantas modificações nos hábitos de vida que serão impostas pelo regime de tratamento.

Há complicações e riscos na realização de tal procedimento, mas os ganhos se evidenciam. Para que haja transplante cardíaco, é preciso que tenha uma doação, e isso pressupõe uma perda. O paradoxo de manter a vida de uma pessoa se contrapõe com o luto de uma família, com a dialética da vida e morte do ser humano.

A realização desta dissertação permitiu compreender o trabalho daqueles que atuam com transplante cardíaco, desde sua avaliação inicial e captação do órgão, até o acompanhamento dos transplantados. O paciente é avaliado por uma equipe multiprofissional, com o objetivo de se obter uma fotografia de diversos ângulos sobre o indivíduo e sobre sua família, para que haja uma boa adesão e se assegure o sucesso no transplante cardíaco.

Contudo, alguns profissionais poderiam ser incorporados nessa avaliação, como a fisioterapia, farmácia e terapia ocupacional, para que outros aspectos da abordagem ao indivíduo possam ser alcançados e o paciente transplantado

cardíaco consiga ter ferramentas para dialogar com as mudanças em seus hábitos de vida.

A autonomia dos profissionais em definir situações promovidas pelas singularidades dos pacientes atendidos é compreendida pela Ergologia e seus conceitos. As renormalizações produzidas estão presentes no dia a dia dos trabalhadores. O trabalho no serviço de transplante se distancia do trabalho prescrito e compreender a realidade se faz necessário para trazer as normas “oficiosas” da realidade para normas prescritas de trabalho, o que certamente contribuirá para a melhoria da gestão dos processos.

Os sentidos do trabalho demonstram a diversidade dos pensamentos dos trabalhadores. Os conceitos de castigo, subsistência, sofrimento, riqueza e aprimoramento demonstram as singularidades que o serviço de transplante de órgãos possui. São poucos cursos voltados para a qualificação da equipe de transplante cardíaco. Os conceitos da Ergologia auxiliam na compreensão do trabalho, pois os ingredientes da competência trazem a teorização do que acontece na realidade dos trabalhadores. No grupo estudado, todos tiveram experiências de formação distintas, porém atuam com a temática de transplantes de órgãos e se aprimoraram nesse tema. A lacuna na formação de profissionais sobre o tema de transplante de órgãos profissionais deve ser alvo de desenvolvimento de políticas de ensino e aperfeiçoamento técnico pelas autoridades competentes.

O uso de tecnologias de informação e comunicação no serviço de saúde está cada vez mais presente no dia a dia de trabalho. Os trabalhadores utilizam ferramentas de comunicação para viabilizar processos de trabalho e, com isso, se ressentem da sobrecarga de trabalho, embora alguns as identifiquem como uma ferramenta de facilidade de comunicação. O trabalho invisível presente nesses atos e a flexibilização do trabalho são situações importantes que devem ser levadas em conta, devido à possibilidade de adoecimento no ambiente de trabalho no decorrer do tempo.

Por outro lado, ao mesmo tempo em que não há legislações específicas sobre a utilização de aplicativos de comunicação fora e dentro do ambiente de trabalho, isso também gera problemas legais. Existem algumas jurisprudências que entendem tais atos como horas-extras trabalhadas. O Brasil ainda carece de legislação sobre o tema e no serviço estudado as diferentes ideias dos

trabalhadores reforça esse vazio de normas nas esferas do micro e do macrotrabalho. Novos estudos sobre o impacto do uso dessas tecnologias na área de saúde devem trazer respostas às lacunas existentes e, assim, isso melhorar os serviços de saúde.

O ato de trabalho é um uso de si por si e pelos outros, constantes nas relações do serviço, com várias arbitragens sendo realizadas pelos trabalhadores diante de suas dramáticas. É preciso, diante das normas antecedentes do serviço, averiguar a aproximação do trabalho real. Há também limitações no estudo que devem ser mencionadas. Por se tratar de um estudo local, os dados aqui evidenciados devem ser utilizados de forma cuidadosa, ao se tentar aproximar de outras realidades e serem generalizados.

Construir, fortalecer e valorizar os trabalhadores e trabalhadoras de saúde que prestam serviços ao SUS é de suma importância. Qualificar esses profissionais que atuam em transplante cardíaco para que eles tenham acesso a novos conhecimentos e saibam os fundamentos que alicerçam as práticas dos serviços de saúde são requisitos essenciais para um manejo adequado dos indivíduos que utilizam o sistema de saúde público e complementar, além de promover a inovação nas práticas assistenciais que gerem a excelência em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Serrano Junior C V., Timerman A, Stefanini E. Tratado de cardiologia SOCESP. 2nd ed. Barueri: Editora Manole; 2009.
2. Brant LCC, Nascimento BR, Passos VMA, Duncan BB, Bensenõr IJM, Malta DC, et al. Variações e diferenciais da mortalidade por doença cardiovascular no Brasil e em seus estados, em 1990 e 2015: estimativas do Estudo Carga Global de Doença. Rev Bras Epidemiol [Internet] 2017;20(suppl 1):116–28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500116&lng=pt&tlng=pt acesso em 26 de setembro de 2018.
3. Freire AK da S, Alves NCC, Santiago EJP, Tavares AS, Teixeira D da S, Carvalho IA, et al. Panorama No Brasil Das Doenças Cardiovasculares Dos Últimos Quatorze Anos Na Perspectiva Da Promoção À Saúde Overview of Cardiovascular Diseases in Brazil in the Last Fourteen Years From the Perspective of Health Promotion. Rev Saúde e Desenvol 2017;11(9):21–44.
4. Da Silva PR. Transplante cardíaco e cardiopulmonar: 100 anos de história e 40 de existência. Rev Bras Cir Cardiovasc 2008;23(1):145–52.
5. Bacal F, Souza Neto JD de, Fiorelli AI, Mejia J, Marcondes-Braga FG, Mangini S, et al. II Diretriz brasileira de transplante cardíaco. Arq Bras Cardiol 2010;94(1):e16–76.
6. Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Sociedade da Informação no Brasil - Livro Verde. Brasília, DF: 2000.
7. Ferreira MC. Bem-estar: equilíbrio entre a cultura do trabalho prescrito e a cultura do trabalho real. Cult Organ e Saúde [Internet] 2004;Disponível em: <http://www.ergopublic.com.br/arquivos/1252856415.37-arquivo.PDF> acesso em 10 de outubro de 2018.
8. Pires D, Gelbcke FL, Matos E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. Trab Educ e Saúde [Internet] 2004;2(2):311–25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v2n2/06.pdf> acesso em 13 de março de 2019.
9. Elias Merhy Túlio Batista Franco E. Trabalho Em Saúde. Rev Bras EnfermagemNúmero Espec 2001;35(53):103–9.
10. Porto F. História da enfermagem: identidade, profissionalização e símbolos - 2ª Edição [Internet]. 2013;529. Disponível em: <http://unb.bv3.digitalpages.com.br/users/publications/9788577282951> acesso em 07 de junho de 2019.
11. Pereira WA. Manual de transplantes de órgãos e tecidos. 1st ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Médica e Científica; 1996.
12. Langer RM. Vladimir P. Demikhov, a pioneer of organ transplantation.

- Transplant Proc [Internet] 2011;43(4):1221–2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2011.03.070> acesso em 26 de novembro de 2018.
13. Flécher E, Fouquet O, Ruggieri VG, Chabanne C, Lelong B, Leguerrier A. Heterotopic heart transplantation: Where do we stand? *Eur J Cardio-thoracic Surg* 2013;44(2):201–6.
 14. Ruiz MC. Aspectos éticos y sociológicos de los trasplantes de órganos. *Derecho y Opinión* 1993;1:331–49.
 15. Pereira WA. História dos transplantes. ____ *Man Transpl órgãos e* 2004;
 16. Moreira M da CV, Montenegro ST, Paola ÂAV de. Livro-texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia [recurso eletrônico] / Editores: Maria da Consolação Vieira Moreira, Sérgio Tavares Montenegro, Ângelo Amato V. de Paola ; [ilustrações: Mary Yamazaki Yorado, Sírio José Braz Cançado] [Internet]. Disponível em: <http://unb.bv3.digitalpages.com.br/users/publications/9788520439388> acesso em 11 de novembro de 2018.
 17. Marroni C, Brandão A, Zanotelli M, Cantisani G. Simpósio sobre Transplantes. *Rev AMRIGS* 2003;47(1):29–37.
 18. Frederico C, Rodrigues A, Stychnicki AS, Boccalon B, Da G, Cezar S. Morte encefálica, uma certeza? O conceito de “morte cerebral” como critério de morte. *Rev -Centro Univ São Camilo* 2013;7(3):271–81.
 19. Brasil] DO [da RF do. Lei Nº 9.434, de 4 de Fevereiro de 1997. 1997;10–1.
 20. Brasil. Decreto Nº 9.175, De 18 De Outubro De 2017. *Diário Of da União* [Internet] 2017;Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9175.htm acesso em 08 de maio de 2019.
 21. Brasil] DO [da RF do. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. 2001;
 22. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1480/97. http://www.saude.ba.gov.br/transplantes/documentos_tx/CFM1480.pdf 1997;9–10. acesso em 08 de maio de 2019.
 23. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 2.173/2017. 2017;(D).
 24. Brasil] DO [da RF do. Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992. 1997;1992:1992–4.
 25. Brasil] DO [da RF do. Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997. 1997;(97):2–3.
 26. Schwartz Y, Mencacci N. Trajectoire ergologique et genèse du concept d’usage de soi. *Informática na Educ Teor prática* 2008;11(1):9–13.
 27. Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Kerguelen A. Compreender o

trabalho para transformá-lo. 1st ed. São Paulo, SP: Editora Edgard Blücher; 2004.

28. Oliveira F de. Perspectivas psicossociais para o estudo do cotidiano de trabalho. *Psicol USP* [Internet] 2014;25(1):41–50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000100005&lng=pt&tlng=pt acesso em 21 de abril de 2019.
29. Schwartz Y. A Comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Trab e Educ* 2000;(7, jul/dez):38–46.
30. Souza EM de. Metodologias e analíticas qualitativas em pesquisa organizacional: uma abordagem teórico-conceitual. Vitória, ES: EDUFES; 2014.
31. Lacomblez MVR. Análise ergonômica da actividade, formação e transformação do trabalho: opções para um desenvolvimento durável. *Laboreal* [Internet] 2009;V(1):53–60. Disponível em: http://laboreal.up.pt/files/articles/2009_07/pt/r4.pdf acesso em 21 de abril de 2019.
32. Holz EB, Bianco MDF. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. *Cad EBAPEBR* [Internet] 2014;12(spe):494–512. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512014000700008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt acesso em 21 de abril de 2019.
33. Schwartz Y. Trabalho e saber. *Trab Educ* [Internet] 2003;12:21–34. Disponível em: <http://www.portal.fae.ufmg.br/seer/index.php/trabedu/article/view/1227/989> acesso em 21 de abril de 2019.
34. Durrive L, Schwartz Y. Glossário de Ergologia. *Laboreal*, 4, (1), 23-28 2008;IV:23–8.
35. Durrive L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. *Trab Educ e Saúde* 2011;9(1):47–67.
36. Gomes, L; Abrahão AL. Entrevista: Yves Schwartz. *Trab Educ e Saúde* [Internet] 2006;4(2):457–66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v4n2/15.pdf> acesso em 21 de abril de 2019.
37. Bertoncini JH, Pires DEP De, Scherer MDDA. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. *Trab Educ e Saúde* 2011;9:157–73.
38. Schwartz Y. O conceito de atividade no princípio da cooperação transdisciplinar. *Inst d'Estudos Avançados Transdiscipl* 2016;1–20.
39. Schwartz Y. Conhecer e estudar o trabalho. *Trab Educ* 2015;24(3):83–9.

40. Di L, Castro B, Barros VA De, Moreira D. Uma viagem de trem : a atividade de trabalho dos inspetores ferroviários em diálogo com a ergologia 1. 2014;7(2):233–46.
41. Durrive L. Formação, trabalho, juventude: uma abordagem ergológica1. Pro-Posições - val 13, N 3 - set/dez 2002 2002;3(39):19–30.
42. Di Ruzza R, Lacombez M, Santos M, (eds). Ergologia, Trabalho, Desenvolvimentos. 2018;206. Disponível em: <http://www.fabrefactum.com.br> acesso em 21 de abril de 2019.
43. Schwartz Y, Durrive L. Travail et Ergologie - Entretiens sur l'activité humaine. 1ª edição. Toulouse, França: Octarès; 2003.
44. Trinquet P. Trabalho E Educação: O Método Ergológico. Rev HISTEDBR On-line, Campinas, número Espec p 93-113,ago2010 - ISSN 1676-2584 2010;93–113.
45. Schwartz Y. Le paradigme ergologique ou un métier de Philosophe. 1st ed. Toulouse, França: Octarès; 2000.
46. Marx K, Grespan J. A mercadoria. 26th ed. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira; 2006.
47. Moro CVM, Amador FS. Ofício de carteiro e atividade: por uma gestão pelas variações TT - The postman's occupation and activity: for a management through variations. Cad psicol soc trab [Internet] 2012;15(2):229–42. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-37172012000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt acesso em 21 de abril de 2019.
48. Marx K. O Capital - Livro I [recurso eletrônico]. 2013.
49. Pires DEP De. O trabalho no setor de serviços. In: Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. Annablue; 1999. page 268.
50. Faria HX, Araujo MD. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. Saúde e Soc [Internet] 2010;19(2):429–39. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200018&lng=pt&tlng=pt acesso em 21 de abril de 2019.
51. Paim JS. A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual A reforma sanitária como objeto de reflexão. 2008;
52. Merhy EE. a Cartografia Do Trabalho Vivo. Cad Saude Publica 2002;24(8):1953–7.
53. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. Ver-SUS Bras Cad textos [Internet] 2004;108–37. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/23/o-ato-de-cuidar--a-alma-dos-servi--os-de-sa--de.pdf> acesso em 21 de abril de 2019.

54. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde e Soc [Internet] 2002;11(1):67–84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=pt&tlng=pt acesso em 21 de abril de 2019.
55. Minayo M. Amostragem E Saturação Em Pesquisa Qualitativa: Consensos E Controvérsias. Rev Pesqui Qual 2017;5(7):01–12.
56. Minayo MCDS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9th ed. São Paulo, SP: Hucitec; 2006.
57. Macedo LC, Larocca LM, Marta M, Chaves N. Análise do Discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. Interface Commun Heal Educ 2008;12:649–57.
58. Bardin L. Análise de Conteúdo [Internet]. 2004. Disponível em: http://books.google.com/books?id=AFpxPgAACAAJ%5Cnhttp://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html#_ftn1 acesso em 21 de abril de 2019.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012. 2012;12.
60. Brasil - Presidência da República. LEI Nº 11.521, DE 18 DE SETEMBRO DE 2007. 2007.
61. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. RDC n.66, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2009 [Internet]. Diário Of. da União 2009;22:5–9. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/rdc0067_21_12_2009.html acesso em 21 de abril de 2019.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 844, de 2 de maio de 2012. 2012;8–11.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009 [Internet]. 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html acesso em 21 de abril de 2019.
64. Institute D& T. www.irodat.org. Database 2019;
65. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Registro Brasileiro de Transplantes - 2018. 2018;89.
66. Souza SS de, Costa R, Shiroma LMB, Maliska ICA, Amadigi FR, Pires DEP de, et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. Rev Eletrônica Enferm 2010;12(3):1–7.
67. Santos ML dos. Divisão do trabalho, gênero e qualificação no trabalho em saúde. Cad Saúde Coletiva 1997;5(2):145–56.
68. Pochmann M. Desenvolvimento capitalista e divisão do trabalho. In:

Reestruturação produtiva: perspectivas de desenvolvimento local com inclusão social. Petrópolis, RJ: Vozes; 2004. page 42.

69. Joazeiro EMG; Scherer MD dos A. Trabalho coletivo e transmissão de saberes na saúde : desafios da assistência e da formação Training and collective work on health : challenges of care and transmission of knowledge Formation et travail collective dans la sante : les defis des soins et de. Rev Tempus Actas Saúde Coletiva 2012;6(2).
70. Scherer MD dos A, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: Um desafio para a gestão em saúde. Rev Saude Publica 2009;43(4):721–5.
71. Ferreira MC; Ergonomia da Atividade aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho: lugar, importância e contribuição da Análise Ergonômica do Trabalho (AET). São Paulo [Internet] 2015;40(131):303–7657. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0303-7657000074413> acesso em 15 de novembro de 2018.
72. Fróes T. Sociedade Da Informação, Sociedade Do Conhecimento, Sociedade Da Aprendizagem: Implicações Ético-Políticas No Limiar Do Século. Informação e Informática 2000;(L):283–306.
73. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública 2001;35(1):103–9.
74. Macedo PCM. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. Rev SBPH 2007;10(2):33–41.
75. Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2nd ed. São Paulo, SP: Boitempo editorial; 2009.
76. Oliveira AGB de O. A reforma psiquiátrica e o processo de trabalho das equipes de saúde mental. Univ. Sao Paulo2003;
77. Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos, Maria Elizabeth Barros de Barros organizadores. Trabalho Em Equipe Sob O Eixo Da Integralidade: Valores, Saberes E Práticas. 2007.
78. Silva EM da, Moreira MCN. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. Cien Saude Colet [Internet] 2015;20(10):3033–42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003033&lng=pt&tlng=pt acesso em 21 de abril de 2019.
79. Schwartz Y. Trabalho e uso de si. Pro-Posições2000;1(5(32)):34–50.
80. Navarro AS de S, Guimarães RL de S, Garanhani ML. Teamwork and Its Meaning To Professionals Working in the Family Health Strategy Program. Reme Rev Min Enferm 2013;17(1):61–8.
81. Antunes R. Os sentidos do trabalho. 2nd ed. São Paulo, SP: Boitempo editorial; 2009.

82. Morin EM. Os sentidos do trabalho. *Rev Adm Empres* 2011;41(3):08–19.
83. Fraga I de O. A “coisificação” do humano nas práticas biotecnológicas como herança da modernidade. 2010;112(483):211–2.
84. Azevedo JC, Souza CHM, Istoe RS. A coisificação do “eu” e a personificação da “coisa” nas redes sociais: verdades e mentiras na formação das estruturas de identidades. *Texto Livre Ling e Tecnol* 2012;5(1):67–77.
85. Pochmann M. Reestruturação produtiva: perspectivas de desenvolvimento local com inclusão social. 2004;
86. Moreira Cunha D. L’ergologie et la psychosociologie du travail : inconfort intellectuel, intersections conceptuelles et travail en commun. *Nouv Rev psychosociologie* [Internet] 2013;15(1):77. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2013-1-page-77.htm> acesso em 21 de abril de 2019.
87. Pires DEP De. Processo de trabalho em saúde, no Brasil no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho. *Rev. Bras. Enferm.* 1996;51(3):356.
88. Fleury MTL, Fleury A. Em Busca da Competência. 1º Encontro Estud Organ - ENEO [Internet] 2000;1–11. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEO/eneo_2000/ENEO24.pdf acesso em 01 de maio de 2019.
89. Fleury MTL, Fleury A. Construindo conceito competencia. *Rev Adm Contemp* 2001;edição esp:183–96.
90. Schwartz Y, Durrive L. Trabalho e Ergologia II: Diálogos sobre a atividade humana. 1st ed. Belo Horizonte, MG: Fabrefactum; 2016.
91. Silva EF da et al. Os Ingredientes Da Competência De Gerentes De Hotéis . *Laboreal*, 11 (1), 84-98 2015;XI:84–98.
92. Scherer MD dos A, Oliveira CI de, Carvalho WM do ES, Costa MP. Cursos de especialização em Saúde da Família: o que muda no trabalho com a formação? *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet] 2016;20(58):691–702. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300691&lng=pt&tlng=pt acesso em 10 de junho de 2019.
93. Araújo ER, Bento SB. Teletrabalho e aprendizagem. Belo Horizonte, MG: Fundação Calouste Gulbenkian; 2002.
94. Hau F, Todescat M. O teletrabalho na percepção dos teletrabalhadores e seus gestores: vantagens e desvantagens em um estudo de caso [Internet]. *Navus - Rev. Gestão e Tecnol.* 2018;8(3):37–52. Disponível em: <http://navus.sc.senac.br/index.php/navus/article/view/601> acesso em 10 de junho de 2019.

95. Rocha CTM da, Amador FS. O teletrabalho: conceituação e questões para análise. Cad EBAPEBR 2018;16(1):152–62.
96. Brasil] DO [da RF do. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017 [Internet]. 2017;(21). Disponível em: https://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/67a59339ab8049068402620ff53b12fd/Lei_5917_13_07_2017.html acesso em 10 de junho de 2019.
97. Ebert PRL. O teletrabalho na reforma trabalhista: impactos na saúde dos trabalhadores e no meio ambiente do trabalho adequado. Rev Estud do Direito [Internet] 2018;15:163–72. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/redunb/article/view/22387> acesso em 10 de junho de 2019.
98. Schwartz Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível; Conceptualizing the work, the visible and invisible. Trab educ saúde [Internet] 2011;9(supl. 1):19–45. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=597149&indexSearch=ID%5Cpapers2://publication/uuid/38FEEC61-72BE-4145-B5FE-559EB4DA0360> acesso em 21 de abril de 2019.
99. Schwartz Y. Le travail comme rencontres : Entre le visible et l' invisible , Le defi d' é valuer le travail O trabalho como encontro : entre o visível e o invisível , o desafio de avaliar o trabalho Trabajo como un encuentro : entre lo visible y lo invisible , el d. Tempus Actas de Saúde Coletiva 2012;6(2):27–44.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

Dados a serem coletados:

1. Quais as prescrições para o trabalho da equipe de transplante cardíaco presentes nas legislações, normas e portarias?
2. Quais são as ações/tarefas desenvolvidas pelos profissionais de saúde que atuam na equipe de transplante cardíaco?
3. Quais planos de trabalho ou planejamento estratégico que a equipe de transplante cardíaco possui?
4. As tarefas descritas nos protocolos, normas e portarias são desempenhas pela equipe?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

Questões norteadoras:

1. Quais tarefas os membros da equipe de transplante cardíaco desenvolvem?
2. Como ela se distribui no tempo?
3. Quais profissionais participam das avaliações do paciente pré e pós transplante?
4. Como é relacionamento com a equipe de trabalho?
5. O que interfere na atividade de cada membro da equipe de transplante cardíaco?
6. Como é a demanda da equipe de transplante cardíaco pelo paciente?
7. Caracterização das condições de trabalho?
8. Acolhimento ao paciente pré e pós-transplante cardíaco?

Descrição:⁶

1. Descrição da estrutura
 - a. Localização dos postos de trabalho em relação ao processo de trabalho
 - b. Composição da equipe
 - c. Circulação de trabalhadores
 - d. Distância entre os setores de trabalho
 - e. Disponibilidade dos instrumentos utilizados
 - f. Local próprio das pessoas
 - g. Espaços para repouso
 - h. Condições do local
 - i. Forma como trabalha (estrutura)

2. Descrição nas ferramentas e meios de comunicação
 - a. Ferramentas utilizadas para realizar o trabalho (materiais e instrumentos)
 - b. Como ocorre a troca de informações entre profissionais
 - c. Retorno sobre resultado das ações prestadas
 - d. Analisar relação entre “chefe” e funcionário
 - e. Postura

⁶ Roteiro construído a partir do livro “Compreender o trabalho para transformá-lo”^[27].

- f. Relação intra e interpessoal
 - g. Tomada de decisões
3. Descrição dos procedimentos
- a. Sequência realizada para determinada tarefa
 - b. Analisar procedimentos com estudo prévio das tarefas
 - c. Ações realizadas
 - d. Deslocamento
4. Descrição dos limites temporais
- a. Descrição sistemática dos eventos que condicionam o deslocamento das tarefas
 - b. Tempo do usuário, do profissional, do gestor e da norma
 - c. Momento de pausa
5. Descrição do arranjo físico e dispositivo técnico
- a. Análise além da planta inicial
 - b. Instalação e distribuição de equipamentos e móveis
 - c. Espaço de manobra

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Iniciais: _____

Categoria Profissional: _____ Sexo_

Idade: _____ Data: _____

1. Quanto tempo você tem de formação em sua profissão?
2. Quais foram suas experiências anteriores ao seu emprego atual?
3. Quando você começou a trabalhar no hospital?
4. Quanto tempo tem que você atua no setor de transplante cardíaco/captação de órgão?
5. O que motiva a trabalhar na atenção ao paciente cardiológico?
6. Como é sua rotina de trabalho? O que você faz desde o momento que chega ao hospital? Como foi definido essa rotina?
7. Quais suas responsabilidades? Mas vejo que você realiza outras tarefas?
8. Quais são os aspectos facilitadores do seu trabalho? Você não se sente sobrecarregada diante destas situações?
9. E os aspectos que dificultam?
10. Como você lida com as dificuldades ao realizar seu trabalho, seja da ordem técnica, de conhecimento, de gerência, de trabalho em equipe ou de outro aspecto? O que trava o processo? Como você conseguiu adquirir isso?
11. Como você organiza suas atividades de trabalho? Como é feito a priorização das atividades?
12. Como funciona a divisão de tarefas?
13. Como é o seu ritmo de trabalho? E o ritmo de quem trabalha com você?
14. Como é as suas relações de trabalho com a equipe do setor que você trabalha? Como é a forma de tratamento?
15. Como é a contribuição dos outros setores com o seu setor de trabalho? E quais são os setores mais requisitados? Como as pessoas veem seu trabalho? Por que elas não o conhecem?
16. Como é as suas relações de trabalho com os profissionais de outros serviços? Por que são receptivos?
17. Você poderia comentar sobre as relações entre você e as chefias?
18. Como você utiliza os protocolos e normas do seu trabalho? Os médicos executam? E quais impactos com isso? E quais alterações que você realiza?
19. Poderia citar exemplos da aplicação desses protocolos e normas?
20. O que facilita a aplicação deste protocolo? Poderia citar
21. O que dificulta a aplicação deste protocolo? Poderia citar?
22. Como é sua relação com os usuários?

23. Como você avalia o seu trabalho: em relação ao contexto geral, no que você faz; na organização; na relação com os colegas, usuários e chefias; com relação ao local de trabalho; condições de trabalho; salário; etc. Qual a capacitação que você sente falta? Isso está vinculado ao serviço? Qual objetivo em realizar esta capacitação?
24. Você recebeu formação específica para trabalhar em transplante cardíaco?
25. O que lhe causa satisfação e insatisfação no seu trabalho?
26. Você teria sugestão para citar em relação ao seu trabalho?
27. Como você visualiza a formação em seu trabalho? Foi uma formação adequada? E nos dias de hoje como você buscou essa formação?
28. Poderia dar sugestões para melhorar seu trabalho?
29. Qual o seu papel/função dentro do programa de transplante cardíaco?
30. Como que o paciente/usuário de saúde chega até você?
31. A visita que é realizada pela equipe multiprofissional após a reunião, como você avalia isso?
32. O que é trabalho para você?
33. Na sua opinião qualidade de vida é?
34. Na sua opinião qualidade de vida no trabalho é?

APÊNDICE D – LISTAGEM DOS DOCUMENTOS DA ANÁLISE DOCUMENTAL

1. III Diretriz de Transplante Cardíaco (2018) – Sociedade Brasileira de Cardiologia
2. Decreto de Lei nº 879, de 22 de julho de 1993
3. Decreto de Lei nº 2.268, de 30 de junho de 1997
4. Decreto de Lei nº 9.175, de 18 de outubro de 2017
5. Declaração do Vaticano (2017) – Cúpula da Pontifícia Academia de Ciências – Tráfico de Pessoa e Órgãos
6. Declaração de Istambul (2018) – Tráfico de Órgãos
7. Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992
8. Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997
9. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001
10. Lei nº 11.521, de 18 de setembro de 2007
11. Lei nº 11.633, de 27 de dezembro de 2007
12. Gabinete do Ministro – Ministério da Saúde / Portaria Ministerial nº 844, de 2 de maio de 2012
13. Gabinete do Ministro – Ministério da Saúde / Portaria Ministerial nº 2.600, de 21 de outubro de 2009
14. Resolução Diretoria Colegiada nº 66, de 21 de dezembro de 2009
15. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.480, de 21 de agosto de 1997
16. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 2.173, de 23 de novembro de 2017
17. Projeto Diretrizes – Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – Doadores limítrofes no Transplante de Coração, de 14 de outubro de 2008
18. Manual de transplante de órgãos sólidos – Instituição Pesquisada (IP)
19. Formulário de avaliação pré-transplante – Enfermagem – Instituição Pesquisada (IP)
20. Protocolo Operacional Padrão (POP) – Enfermagem – Instituição Pesquisada (IP)
21. Protocolo Operacional Padrão (POP) – Nutrição – Instituição Pesquisada (IP)
22. Protocolo Operacional Padrão (POP) – Psicologia – Cardíaco – Instituição Pesquisada (IP)
23. Protocolo Operacional Padrão (POP) – Psicologia – Transplante Cardíaco – Instituição Pesquisada (IP)
24. Protocolo Operacional Padrão (POP) – Serviço Social – Instituição Pesquisada (IP)
25. Protocolo Operacional Padrão (POP) – Odontologia – Instituição

Pesquisada (IP)

26. Protocolo Operacional Padrão (POP) – Fisioterapia – Admissão em Terapia Intensiva – Instituição Pesquisada (IP)
27. Protocolo Operacional Padrão (POP) – Fisioterapia – Reabilitação Cardíaca – Instituição Pesquisada (IP)
28. Protocolo Operacional Padrão (POP) – Fisioterapia – Internação – Instituição Pesquisada (IP)
29. Fluxograma – Psicologia – Instituição Pesquisada (IP)

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado Sr.(a),

O(A) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa **“O PROCESSO DE TRABALHO DE UMA EQUIPE DE TRANSPLANTE CARDÍACO”**, de responsabilidade do enfermeiro

de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Objetivo da pesquisa é compreender o processo de trabalho da equipe de transplante cardíaco.

O(A) Senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que o(a) permitam identificar.

A pesquisa dar-se-á através da análise de documentos, tais como registro de atividades, relatórios mensais desenvolvidos na unidade de saúde, observação do trabalho nas unidades e também através de entrevistas, a serem realizadas em data e local combinados previamente com o(a) Senhor(a). Informamos que o tempo previsto para a entrevista é de 30 minutos e o(a) Senhor(a) poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, assim como pode desistir de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem ter nenhum prejuízo.

A participação é voluntária, sendo que o(a) Senhor(a) poderá interromper ou se retirar do estudo, em qualquer momento, se assim o desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o(a) Senhor(a) não terá direito a nenhuma remuneração.

Os riscos que o(a) Senhor(a) corre ao participar desta pesquisa são mínimos. Poderá sentir algum cansaço ao responder diversas perguntas, constrangimento, vergonha com teor de algumas questões ou pode ficar emocionado (por exemplo, triste ou com raiva) ao lembrar de alguma situação relacionada às perguntas, se algumas dessas situações acontecer comunique imediatamente os pesquisadores.

Com sua participação, o(a) Senhor(a) poderá contribuir para a melhoria do serviço de transplante cardíaco e conseqüentemente do atendimento aos usuários do serviço de saúde.

Todas as despesas que o(a) Senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente da sua participação na pesquisa, o(a)

Senhor(a) deverá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa [REDACTED] podendo ser publicados posteriormente, mas sem qualquer risco de identificação dos participantes. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda sigilosa dos pesquisadores, que serão os únicos que terão acesso aos arquivos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato com o pesquisador [REDACTED] se necessário pode ligar a cobrar, a qualquer horário do dia ou mesmo entrar em contato através dos aplicativos eletrônicos de comunicação (Whatsapp; Telegram).

Este projeto foi aprovado pelo [REDACTED] O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone [REDACTED] de atendimento de 09h00 às 12h00 e de 13h00 às 18h00, de segunda a sexta-

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o(a) Senhor(a) e outra com a equipe da pesquisa.

Desde já agradecemos pela sua valiosa colaboração neste trabalho.

[REDACTED]
Pesquisador Responsável

[REDACTED]
Pesquisadora Responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

[REDACTED] de _____ de _____.

Assinatura do participante ou responsável legal

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE TRABALHO DE UMA EQUIPE DE TRANSPLANTE CARDÍACO

Pesquisador:

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 84957318.6.0000.0026

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.581.325

Apresentação do Projeto:

As doenças cardiovasculares, nos últimos tempos, têm se mostrado grandes causadoras de morbimortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil as doenças cardiovasculares apresentam um problema de saúde pública de grande proporção, ocasionando 72% de óbito, em 2009, principalmente no grupo de baixo poder aquisitivo e em grupos vulneráveis. Elas geram impacto nos custos de internação e de seguimento ambulatorial[1].O avanço tecnológico da medicina ao longo das décadas, permitiu que os casos graves, antes considerados irreversíveis e de péssimo prognóstico, fossem tratados clínica e cirurgicamente. Esse fato aumentou a sobrevida dos cardiopatas, trazendo mudanças ao perfil dos mesmos, que com o uso de fármacos e aparelhos, toleram por mais tempo o grave quadro de insuficiência cardíaca refratária; onde a única possibilidade terapêutica é o transplante cardíaco. Há pouco mais de cem anos (1905), começaram os primeiros experimentos com cirurgias de transplante de tecido e de órgãos como o coração, realizados pelo Dr. Aléxis Carrel[2]. O transplante cardíaco constitui-se em uma alternativa para o tratamento de doenças cardiovasculares irreversíveis, melhorando a expectativa e qualidade de vida do indivíduo. Ele é indicado nos casos em que o suporte com tratamento medicamentoso ou cirúrgico corretivo não conseguem controlar a manifestação da doença. A sobrevida do paciente transplantado no primeiro ano é de cerca de 85% e no terceiro ano é de 78%. Todavia, vários estudos clínicos mostram pacientes que alcançaram uma sobrevida de até 10 anos após o