

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

ANA RITA BARRETO BERNARDES

**SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E
TECIDOS: UM OLHAR SOBRE A SAÚDE MENTAL**

**UBERLÂNDIA
2018**

ANA RITA BARRETO BERNARDES

**SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E
TECIDOS: UM OLHAR SOBRE A SAÚDE MENTAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia do Instituto de Geografia, como requisito parcial à obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Saúde do Trabalhador

Orientador: Prof. Dra. Lucianne Sant'Anna de Menezes

**UBERLÂNDIA
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

B522s
2018

Bernardes, Ana Rita Barreto, 1986-

Sobre o processo de trabalho da equipe de doação de órgãos e tecidos : um olhar sobre a saúde mental / Ana Rita Barreto Bernardes. - 2018.

112 f. : il.

Orientadora: Lucianne Sant'Anna de Menezes.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.281>

Inclui bibliografia.

1. Geografia médica - Teses. 2. Saúde e trabalho - Teses. 3. Pessoal da área médica - Teses. 4. Saúde mental - Teses. I. Menezes, Lucianne Sant'Anna de. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Gerlaine Araújo Silva – CRB-6/1408

SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS: UM OLHAR SOBRE A SAÚDE MENTAL

Dissertação aprovada para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia (MG) pela banca examinadora formada por:

Uberlândia, 22 de março de 2018.

Prof. Dr^a Lucianne Sant'Anna de Menezes – UFU/MG

Prof. Dr^a Yasmin Livia Queiroz Santos – UNIFASC/GO

Prof. Dr^a Vivianne Peixoto da Silva – UFU/MG

*Aos meus pais, Cidinha e Ismael, pelo amor e amparo de sempre
Ao meu esposo, Rômulo, pela parceria e por ser meu porto seguro
À minha irmã, Paula, pelos conselhos e parceria de vida.*

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, colaboraram para que eu pudesse realizar esse trabalho.

A professora Dra. Lucianne Sant'Anna de Menezes que me ensinou a ver o mundo das pesquisas com outro olhar e que topou construir comigo, do zero, esta empreitada. Que me deu broncas, quando foi preciso; com quem aprendi muito sobre temas que jamais tive contato e que engrandeceram a minha vida; que teve muita paciência comigo; que me confortou nos meus inúmeros momentos de aflição e ansiedade; e que me orientou em todo o percurso, com muita dedicação e comprometimento. Sou muito grata de ter percorrido todo esse caminho, sob a luz e orientação de uma pessoa tão ímpar e especial.

A professora Dra. Edith Seligmann Silva pela grandiosidade de sua obra e de seus estudos, que se tornou meu referencial teórico e alicerce de toda minha escrita. Tive a honra de conhecer essa pessoa tão ilustre e sábia, agradeço pela ajuda em meu primeiro esboço do trabalho e pelo feedback nos momentos de suma importância para conclusão da minha pesquisa.

A mestrandona Celeide Silva Barcelos Araújo pela parceria de orientação e pela troca de conhecimentos. Aprendi a ser mais calma, paciente, menos ansiosa e que o trabalho em equipe sempre supera as nossas expectativas quando feito com amor e comprometimento.

A mestrandona amiga Renata Cipriano Oliveira pela amizade, pela tolerância, pelos conselhos, pela troca de conhecimento e pela parceria contínua durante toda a caminhada do mestrado.

A equipe da CIHDOTT HC UFU por me incentivarem e me apoiarem nessa jornada, que se torna extremamente pesada quando conciliamos o trabalho, os estudos e nossa casa. Agradeço em especial minha amiga e colega de trabalho Lidiane Natalícia Costa, pelo incentivo de sempre, pelo aprendizado diário, pelas palavras de conforto, pelo interesse e torcida por mim.

A equipe do Banco de Olhos pelo incentivo, pelo apoio emocional, pela parceria nesta jornada e pela compreensão nos vários momentos que tive que me ausentar em prol de meu trabalho.

A direção do Hospital de Clínicas de Uberlândia, em especial Durval Veloso e Frank José Silveira Miranda, que como diretores da categoria de enfermagem me apoiaram, que compreenderam a importância de um mestrado na formação de um profissional, cuja ajuda foi

fundamental para a conclusão do mesmo. Espero retribuir à altura a confiança e a expectativa que em mim depositaram.

À minha família: meu esposo Rômulo, pelo apoio incondicional, por me fazer acreditar que sempre posso mais, pelo amor, carinho e dedicação a nossa família; minha avó Odete, que ajudou a me criar e a me tornar o que sou hoje; minha mãe Cidinha Barreto, pela minha criação, pelo amor, pelas palavras, por ser minha rainha, meu exemplo de vida, de determinação e de garra; meu pai Ismael Gervásio, pela minha criação, pelo amor, pelo exemplo, pela compreensão de sempre, e por sempre acreditar em meu potencial; à minha irmã Paula Barreto, minha amiga, parceira, conselheira, meu equilíbrio; ao meu cunhado Augusto Tronconi, sempre presente, com quem sempre podemos contar com todo o apoio; a minha gatinha Lola, que me deu carinho e amparo em todos os momentos; a minha Tia Sueli Barreto, que mesmo distante fisicamente, sempre se fez presente em todas as conquistas da minha vida; e minha sogra Lídia Meirelles, pelo apoio e por sempre me incentivar nos estudos. A toda a minha família, por todo amor e carinho, e por terem compreendido a minha ausência por conta deste trabalho.

Aos meus queridos amigos, sempre presentes em minha vida, pelo apoio, amizade, torcida, carinho e por sempre me incentivarem, em especial Ana Jacqueline, Natália, Laura, Janaína, Naiara, Alline, Karine, Alessandra e Talita.

Por fim agradeço a Deus, pela oportunidade, pelas inspirações, pela vida e por me dar força para continuar lutando sempre.

RESUMO

O objetivo geral do presente estudo é examinar a organização do processo de trabalho da equipe de doação de órgãos e tecidos para transplantes (CIHDOTT), de um Hospital de Clínicas do Triângulo Mineiro. Em consequência disso, os objetivos específicos são: 1) investigar se há desgaste mental dos trabalhadores envolvidos neste processo e 2) descrever as principais características da equipe estudada. Trata-se de uma pesquisa exploratória de base qualitativa no campo da Saúde do Trabalhador, em que o material selecionado para o estudo foi submetido à análise de conteúdo temática e remetido à categoria teórica de desgaste mental relacionado ao trabalho. Para coleta de dados no campo foram utilizadas observação-participante e entrevista individual semi-estruturada. Foi possível criar as seguintes categorias temáticas: jornada de trabalho, processo de trabalho, condições e organização do trabalho, relacionamento interpessoal, sofrimento e prazer no trabalho. A análise da organização do processo de trabalho demonstrou que os trabalhadores estão submetidos a vários riscos, podendo levá-los a perda da saúde, em especial, ao desgaste mental. Apesar disso, os trabalhadores estão afetivamente ligados ao trabalho, que pode ser fonte de sublimação, propiciando prazer e satisfação. O presente estudo propõe o replanejamento do trabalho no setor estudado.

Descritores: Saúde do Trabalhador. Saúde Mental. Obtenção de Tecidos e Órgãos. Desgaste mental.

ABSTRACT

The general objective of the present study is to examine the organization of the work process of the organ and tissue donation team for transplants (CIHDOTT), from a Clinical Hospital of Triangulo Mineiro. As a consequence, the specific objectives are: 1) to investigate if there is mental wear of the workers involved in this process and 2) to describe the main characteristics of the team studied. This is an exploratory qualitative research in the field of Worker's Health, in which the material selected for the study was submitted to the analysis of thematic content and referred to the theoretical category of work-related mental fatigue. Participant observation and semi-structured individual interviews were used to collect data in the field. It was possible to create the following thematic categories: work day, work process, conditions and work organization, interpersonal relationship, suffering and pleasure at work. The analysis of the organization of the work process showed that the workers are subject to several risks, which can lead to loss of health, especially to mental wear and tear. Nevertheless, workers are affectively attached to work, which can be a source of sublimation, providing pleasure and satisfaction. The present study proposes the replanning of work in the studied sector.

Keywords: Worker's Health. Mental health. Obtaining Tissues and Organs. Mental wear.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Brasil: Organograma sobre a estrutura e organização do SNT, 2017.	43
FIGURA 2 – Brasil: Fluxograma sobre o processo de doação de tecidos (córneas), 2017.	45
FIGURA 3 – Brasil: Fluxograma sobre o processo de doação de múltiplos órgãos e tecidos para transplantes, 2017.	48

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Brasil: Principais leis e portarias do processo de doação, captação e transplantes, 2017.	38
QUADRO 2 – Brasil: Contraindicações relativas para doação de córneas, 2017.	46
QUADRO 3 – Brasil: Contraindicações absolutas para doação de córneas, 2017.	46
QUADRO 4 – Brasil: Intervalo de tempo entre exames clínicos do protocolo de morte encefálica, 2017.	49

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1	17
1. Saúde do trabalhador: delineamentos preliminares	17
1.1 Trabalho e subjetividade	17
1.2 Da organização e do processo de trabalho: questões introdutórias	20
1.3 Cargas de trabalho e desgaste do trabalhador	25
1.4 Saúde mental relacionada ao trabalho (SMRT): sobre o desgaste mental do trabalhador.	29
1.4.1 Desgaste literal: desgaste orgânico	32
1.4.2 Desgaste funcional: a fadiga e o mal-estar	32
1.4.3 Desgaste da subjetividade: identidade afetada	33
CAPÍTULO 2	36
2. O processo de doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos	36
2.1 História e regulamentação dos transplantes no Brasil	36
2.2 Organização do Sistema Nacional de Transplantes	41
2.3 Dos fluxos de doação: óbitos de coração parado e morte encefálica	43
2.4 CIHDOTT: Principais atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional	50
CAPÍTULO 3	53
3. Aspectos da organização e do processo de trabalho na CIHDOTT HCU	53
3.1 Considerações metodológicas	53
3.2 Descrição do ambiente de trabalho	56
3.3 Sobre a jornada de trabalho da CIHDOTT HCU	58
3.4 Delineando a organização do processo de trabalho na CIHDOTT HCU	66
3.4.1 Processo de trabalho relacionado à doação de córneas	66
3.4.1.1 Primeira etapa: busca ativa por potenciais doadores	66
3.4.1.2 Segunda etapa: notificação do óbito	67
3.4.1.3 Terceira etapa: validação do doador	67
3.4.1.4 Quarta etapa: entrevista familiar	68
3.4.1.5 Quinta etapa: doação das córneas	70
3.4.2 Processo de trabalho relacionado à doação de múltiplos órgãos e tecidos	71
3.4.2.1 Primeira etapa: busca ativa por potenciais doadores	72
3.4.2.2 Segunda etapa: identificação do potencial doador	72
3.4.2.3 Terceira etapa: protocolo de morte encefálica	73
3.4.2.4 Quarta etapa: validação do doador	74
3.4.2.5 Quinta etapa: entrevista familiar	75
3.4.2.6 Sexta etapa: doação de múltiplos órgãos e tecidos	77
3.4.2.7 Sétima etapa: captação e liberação do corpo para a família	80
3.4.3 Processo de trabalho relacionado às questões administrativas	82
3.5 Relacionamento interpessoal	85
3.6 Aspectos do sofrimento e do prazer no trabalho	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	110
Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	110
Apêndice 2 – Entrevista Semi Dirigida	111
Apêndice 3 – Questionário sócio-demográfico	112

INTRODUÇÃO

Desde que me interessei pelo ofício da enfermagem, há mais de 10 anos, o tema da urgência e emergência, assim como o trabalho na Unidade de Terapia Intensiva, sempre chamou minha atenção, tanto que, logo após minha graduação em 2007 – pela UFU –, realizei Aperfeiçoamento e Especialização, respectivamente nestes temas, concluídos em 2009 pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Ingressei no mercado de trabalho como preceptora de estágio, acompanhando alunos de enfermagem em diversos hospitais e unidades básicas de saúde de Uberlândia – MG.

Por dois anos atuei como enfermeira de saúde pública em Monte Carmelo – MG, e de 2012 até hoje, como servidora pública federal pela UFU. Entre 2012 e 2016, trabalhei na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos de Uberlândia – MG Transplantes, vínculo esse como servidora do estado de Minas Gerais, fato que me permitiu aproximar e conhecer o “universo” dos transplantes de órgãos e tecidos, área que me apaixonei e que estou até agora. Assim, em 2015, fiz *Pós-graduação em Doação, Captação e Transplantes de Órgãos e Tecidos*, no Instituto Albert Einstein em São Paulo. Este curso foi um marco em minha vida, quando realmente encontrei minha vocação na enfermagem.

Em março de 2016, iniciei o processo de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, no PPGAT-UFU, com um projeto na linha de pesquisa em saúde ambiental, cujo objetivo era compreender o saber e o fazer da equipe de enfermagem no manuseio e no descarte das medicações quimioterápicas. Em se tratando de um mestrado profissional, seria possível investigar temas presentes em nosso dia a dia do trabalho, podendo pesquisar sobre o que nos instiga e que eu acreditava ser de interesse também para a instituição em que trabalho. Intrigava-me saber se os profissionais de enfermagem entendiam e conheciam as técnicas específicas de manuseio, administração e descarte das medicações quimioterápicas e se as unidades de internação estavam organizadas física e materialmente para oferecer suporte adequado para essas ações.

Para minha surpresa, entretanto, durante os estudos para o processo seletivo para ingressar no Mestrado, tive contato com a área de Saúde do Trabalhador, que me chamou ainda mais atenção e me despertou para temáticas que eu presenciava no meu cotidiano de trabalho e que me angustiava. Passei a me questionar sobre vários aspectos presentes em meu cotidiano, como por exemplo, sobre as condições de trabalho as quais estávamos expostos, sobre o processo de trabalho de doação e transplantes de órgãos e tecidos, sobre a saúde do

profissional que lida com morte durante toda sua jornada de trabalho, dentre outros aspectos relevantes. Foi assim que, após entrada no curso, busquei mudar para linha de pesquisa para Saúde do Trabalhador, porém mantendo os estudos na área de doação e transplantes. Minha orientadora Lucianne Sant'Anna de Menezes, assim, topou o desafio de mudar todo o projeto, e estudar sobre essas temáticas, que me angustiavam e que foi minha escolha para a empreitada.

Poder escrever sobre um tema que me instiga e que está completamente inserido em meu trabalho foi certamente uma oportunidade única, que trouxe novas reflexões, seguidas de novas possibilidades de melhoria no meio em que vivo hoje. Sem dúvida, esta é a maior contribuição do mestrado para a instituição e sociedade. Desse modo, o presente estudo trata sobre o tema da saúde dos trabalhadores de doação de órgãos e tecidos enfocando processo produtivo nas equipes envolvidas, em especial, do desgaste mental.

O Trabalho é o fundamento da vida humana e instrumento pelo qual o homem constrói a si próprio, a sua identidade, um lugar social no meio. É atividade consciente orientada para um fim, e desse modo pode tanto promover saúde, como pode também promover adoecimento. O campo Saúde do Trabalhador vem superar as práticas desenvolvidas até então, em busca de conhecer as relações de trabalho e o processo saúde-doença, e surge em meio a um intenso processo político e social de mudança no âmbito das relações trabalho e saúde. A partir do estudo dos processos de trabalho, a saúde do trabalhador busca compreender o adoecer e o morrer dos trabalhadores. A análise do processo de trabalho e de sua organização é de extrema importância para identificar quais tipos de alterações são necessárias para melhoria das condições de trabalho e para prevenção dos riscos e agravos à saúde do trabalhador, assim como para o replanejamento do trabalho quando necessário (LAURELL; NORIEGA, 1989; MINAYO-GOMES; LACAZ, 2005; LACAZ, 2007; SATO, 2002).

Em função de todas essas considerações, o objetivo geral desta pesquisa é examinar a organização do processo de trabalho da equipe de doação de órgãos e tecidos para transplantes e, em consequência disso, os objetivos específicos são: 1) investigar se há desgaste mental do trabalhador envolvido neste processo; 2) descrever as principais características da equipe de doação de órgãos e tecidos que atuam no HC-UFG, a fim de apresentar a mão de obra envolvida neste processo; e 3) criar subsídios para contribuir com o planejamento de ações que promovam a melhoria das condições de trabalho e prevenção de riscos e agravos à saúde destes trabalhadores.

A hipótese deste estudo é que o modo como está organizado o processo de trabalho da CIHDOTT HCU leva ao desgaste mental dos trabalhadores envolvidos. Trata-se de uma pesquisa exploratória de base qualitativa, em que o material selecionado para o estudo foi submetido à análise de conteúdo temática (BARDIN, 2009; MINAYO, 2009), e remetido à categoria teórica de desgaste mental relacionado ao trabalho de Seligmann-Silva (2011). A pesquisa foi realizada no HCU com trabalhadores da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT HCU). O procedimento de trabalho se dividiu em três etapas para obtenção do material a ser examinado: 1) levantamento bibliográfico: realizado no período entre 2006 a 2017, nas bases de dados SciELO, BIREME, LILACS, MEDLINE, PubMed, Portal CAPES, portal de teses e dissertações da USP e Google acadêmico, com os seguintes descritores combinados: estresse psicológico; desgaste mental; sofrimento; saúde mental; saúde do trabalhador; esgotamento profissional; profissional de saúde; obtenção de tecidos e órgãos; carga de trabalho; transplantes; morte encefálica; doação dirigida de tecido; transplante de órgãos; morte; atitude frente à morte; transplante de tecidos. Foram encontrados 5 teses, 11 dissertações, 5 livros e 54 artigos, dos quais foram selecionados apenas 2 teses, 3 dissertações, 5 livros e 11 artigos, tendo em vista que atenderam aos critérios de inclusão conforme os objetivos da pesquisa. As etapas restantes foram: 2) observação-participante e 3) aplicação de questionário e realização de entrevista individual.

A partir da observação-participante e das entrevistas, foi possível descrever o processo de trabalho, assim como as condições e o ambiente de trabalho, o que permitiu obter maiores detalhes de todo o contexto e identificar os riscos e potenciais agravos à saúde destes trabalhadores, assim como marcar fatores de desgaste mental. Para levar a cabo essa proposta, a presente dissertação se dividiu em 3 capítulos e considerações finais.

No primeiro capítulo foi discutido o tema Saúde do Trabalhador, assim como foi tratado o conceito de trabalho como identidade do sujeito. Procurou-se recortar uma definição sobre a organização e processo de trabalho, as cargas de trabalho e o desgaste do trabalhador de modo a fazer uma ligação com o campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho – SMRT e o tema do desgaste mental relacionado ao trabalho. Tal levantamento teve extrema importância em todo o processo, uma vez que foi possível delinear os conceitos necessários e fundamentar toda a pesquisa realizada.

O segundo capítulo explica sobre o processo de doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos e versa sobre a história e a regulamentação dos transplantes no Brasil, de uma

forma geral e sucinta, já que se trata de um processo recente, assim como de sua legislação vigente. O processo de doação e transplantes é extremamente complexo e compõe-se de uma sequência de ações que possibilitam transformar um potencial doador em um doador efetivo de órgãos e/ou tecidos, tendo por finalidade o transplante. Tratamos também neste capítulo sobre a organização do Sistema Nacional de Transplantes – SNT, descrevemos os processos de trabalho em doação de órgãos e tecidos (processos de óbitos com coração parado e em morte encefálica), e, por fim, sobre a CIHDOTT e suas principais atividades desenvolvidas.

Por fim, apresentamos os resultados, análise e discussões, no terceiro capítulo. A análise do material obtido consistiu em três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, em que os temas redigidos foram remetidos aos objetivos da pesquisa e hipótese inicial, por meio de análise interpretativa. Foi possível recortar cinco categorias temáticas: jornada de trabalho; processo de trabalho; condições e organização do trabalho; relacionamento interpessoal; sofrimento e prazer no trabalho. Os resultados foram colocados em interlocução com autores do campo da Saúde do Trabalhador, da Saúde Mental Relacionado ao Trabalho e da Sociologia que tratam da temática das relações entre trabalho, subjetividade e saúde, em especial, sofrimento mental e desgaste do trabalhador.

Assim sendo, convido o leitor para percorrer esse caminho enigmático e a desfrutar dos achados de nossa pesquisa.

CAPÍTULO 1

1. Saúde do Trabalhador: delineamentos preliminares

1.1 Trabalho e subjetividade

O conceito de trabalho é algo ainda muito controverso dentre as disciplinas que tratam do assunto. Trabalho pode significar relação social, emprego ou até atividade de produção social. É o fundamento da vida humana e instrumento pelo qual o homem constrói a si próprio, a sua identidade, um lugar social no meio. É atividade consciente orientada para um fim, e, desse modo, pode tanto promover saúde, como pode também promover adoecimento (DEJOURS, 2004b).

Dejours (2004b, p. 28) define trabalho como “(...) aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar”. Portanto, o trabalho tem uma dimensão subjetiva. Rohn e Lopes (2015, p. 333) enfatizam a dimensão humana do trabalho, reafirmando o trabalho como identidade social do indivíduo, o que dá sentido à vida:

O trabalho é uma condição fundamental na existência humana. Por meio dele, o Homem se relaciona com a natureza, constrói sua realidade, significa-se, insere-se em contextos grupais, atua em papéis e finalmente promove a perenização de sua existência. Por viabilizar a relação dos indivíduos com o meio, em um dado contexto, o trabalho expressa-se como incessante fonte de construção de subjetividade, produzindo significado da existência e do sentido de vida.

O trabalho permite que o ser social, em sua realização cotidiana, diferencie-se das demais formas pré-humanas presentes. O ser humano é dotado de consciência, o que lhe permite planejar e conceber o objeto de seu trabalho. É fundamental à vida humana, sendo assim, torna-se condição de extrema importância para sua existência social (ANTUNES, 2008).

Para Dejours (2004a), o ato de trabalhar vai além da construção de uma realidade a partir da matéria prima. Trabalhar, além de transformar a realidade concreta, pode também modificar as estruturas psíquicas inerentes à própria subjetividade. Tal modificação psíquica pode servir de realização pessoal, como também pode servir para elaboração de frustrações. De maneira que o trabalho, como enfatiza a psicanálise freudiana, é um instrumento que o homem criou para lidar com o desamparo e viver em sociedade (MENEZES, 2010). Desta forma, ao mesmo tempo em que o trabalho pode oferecer uma identidade ao sujeito e condição da vida humana, por outro lado, a sociedade capitalista o transforma em trabalho alienado, assalariado, convertendo-o em meio de subsistência. O trabalho que antes era considerado atividade central do ser social, transforma-se em mercadoria, frente a valorização do capital e, assim, passa a não mais satisfazer o trabalhador, podendo levar a degradação do sujeito (ANTUNES, 2008).

Com o avanço do capitalismo e as formas de valorização do valor, surgem novos geradores de trabalho excedente e precarizado, que acabam por informalizar e excluir da produção vários trabalhadores. Diversas mutações ocorreram, no mundo do trabalho, nesta era de mundialização do capital, dentre elas: a redução do proletariado industrial, o aumento do proletariado fabril, o aumento do trabalho feminino e dos assalariados médios, a exclusão dos jovens e dos considerados idosos, e a expansão do terceiro setor e do trabalho domiciliar. Esta *nova morfologia do trabalho* nos remete a pensar e buscar compreender como o trabalho também pode ser um produtor de doenças. A informalidade prevalece no processo e ao mesmo tempo potencializa mecanismos de intensificação do trabalho (ANTUNES, 2013; 2004).

A redução do proletariado industrial ocorreu após a retração do taylorismo e fordismo, em prol do toyotismo, fruto da reestruturação produtiva do capital e consequente desregulamentação do trabalho. Essa redução do proletariado estável, característico dos modos de produção taylorista e fordista, foi constatada principalmente devido a várias alterações no processo produtivo industrial, como o desenvolvimento das linhas de produção, das formas de horizontalização do capital, das modalidades de flexibilização e desconcentração do espaço físico produtivo e da utilização de máquinas informatizadas (ANTUNES, 2004).

Outra mutação prevalente no mundo do trabalho refere-se ao novo proletariado fabril e de serviços, presente nas diversas modalidades de precarização do trabalho: terceirizados, subcontratados e *part-time*. Tal proletariado aumenta em escala global, fruto da

desindustrialização, resultando na expansão do trabalho precarizado. O aumento significativo da força de trabalho feminina também surge como tendência, principalmente no universo desregulamentado. A mulher acaba assumindo dupla ou tripla jornada de trabalho, uma vez que assume, além do emprego, todos os afazeres de seu domicílio. Importante salientar que a mulher sofre desigualdades em relação aos homens nos seguintes aspectos: remuneração menor e direitos sociais e do trabalho desiguais (ANTUNES, 2004).

Com o resultado do amplo processo de reestruturação produtiva, segundo Antunes (2004), houve um crescimento dos assalariados médios no “setor de serviços”, que incorporou trabalhadores expulsos do mundo industrial. Vale ressaltar que as mutações organizacionais, tecnológicas e de gestão acabaram comprometendo o mundo do trabalho nos serviços, submetendo cada vez mais à lógica dos mercados e à racionalidade do capital.

Ainda no contexto da nova morfologia do trabalho, o autor mostra outra tendência a ser destacada que é o crescimento da exclusão dos jovens do mercado, em meio à vigência de uma sociedade do desemprego estrutural. Tal proletariado acaba permanecendo desempregado, sem oportunidade de emprego, ou ocupando trabalhos precários. Paralelo a isso, ocorre também a exclusão dos trabalhadores considerados “idosos” pelo capital, com idade próxima aos 40 anos. Este proletariado perde o emprego e não consegue reingressar ao mercado, ficando desempregados ou somando aos contingentes do trabalho informal.

De acordo com Antunes e Alves (2004, p. 339), “o mundo do trabalho atual tem recusado os trabalhadores herdeiros da “cultura fordista”, fortemente especializados, que são substituídos pelo trabalhador “polivalente e multifuncional” da era toyotista”. O proletariado da era toyotista, portanto, é aquele que é versátil, executa diferentes tarefas, e realiza sozinho diversas funções. Este novo modelo reflete a lógica do capital e do processo produtivo capitalista, uma vez que se utiliza do trabalhador ao máximo, expondo-o, assim, ao trabalho precarizado. A partir do toyotismo, surge então uma nova orientação na constituição da racionalização do trabalho, exigindo a captura integral da subjetividade operária. É sob o toyotismo que essa captura da subjetividade adquire o seu pleno desenvolvimento.

Dentre as mutações do mundo do trabalho, também é importante citar a crescente expansão do “Terceiro Setor”, que assume uma forma alternativa de ocupação, por formas de trabalho voluntário, predominantemente na área assistencial, sem fins lucrativos. O crescimento deste segmento se deve diretamente à retração do mercado industrial e de serviços, em meio a um quadro de desemprego estrutural. Outra mutação a destacar trata-se da expansão do trabalho em domicílio, que foi admitida devido à desconcentração do

processo produtivo e consequentemente pelo crescimento de pequenas e médias unidades produtivas (ANTUNES, 2004).

Por fim, a última mutação do mundo do trabalho refere-se ao mercado cada vez mais transnacional, fruto da transnacionalização do capital e do sistema produtivo. Com essa nova disposição, emergem várias regiões industriais e muitas desaparecem, além da inserção progressiva no mercado mundial. Dessa forma, o trabalhador acaba atuando não apenas na dimensão local, regional ou nacional, mas no nível da esfera internacional (ANTUNES, 2004).

Para compreender melhor esta nova morfologia do trabalho, Antunes (2008, p. 8) enfatiza que é necessário ter em mente uma concepção ampliada de trabalho. A classe trabalhadora abrange todos os assalariados, incluindo os trabalhadores manuais diretos, a totalidade do trabalho social e do coletivo; a totalidade de “homens e mulheres que vivem da venda da sua força de trabalho, a *classe que-vive-do-trabalho*, e que são despossuídos dos meios de produção”. São incluídos também o proletariado industrial, em que participam tanto os trabalhadores produtivos, ligados diretamente na criação da *mais valia*, como os trabalhadores improdutivos, que acabam vivenciando situações semelhantes aos produtivos.

Esta nova morfologia incorpora também: o proletariado rural, o precarizado, o moderno, fabril e de serviços, *part-time* e os trabalhadores desempregados. Sendo assim, para Antunes (2008, p. 12), trata-se

(...) de uma concepção ampliada de classe trabalhadora, que atua tanto no mundo direto da produção, quando da totalidade do trabalho coletivo e social (Marx) que participa da produção de mercadorias, sejam elas materiais ou imateriais e (direta ou indiretamente) do processo de reprodução do capital.

Dessa forma, desta nova classe trabalhadora não seriam incluídos, segundo o autor, os gestores, os pequenos empresários (a pequena burguesia urbana e rural) e também aqueles que vivem dos juros e especulações.

1.2 Da organização e do processo de trabalho: questões introdutórias

Sabe-se que os riscos e agravos à Saúde do Trabalhador derivam do processo de trabalho e de como este processo está organizado, articulados a uma série de relações, como o próprio cotidiano, o ambiente e as condições de trabalho, as relações com o tempo e o espaço,

os modos de se trabalhar, dentre outros. É a partir desta organização que podem surgir as psicopatologias do trabalho (SATO, 2002). Trata-se aqui do processo saúde-doença nas relações com o trabalho, o que caracteriza o campo da Saúde do Trabalhador. Para compreender a complexidade da relação saúde-trabalho é importante trazer uma breve contextualização histórica.

Após a Revolução Industrial, devido aos ditames por produção, à cobrança por alta produtividade e máximo aproveitamento dos equipamentos, às péssimas condições de trabalho aos quais eram submetidos os trabalhadores e às jornadas extenuantes, houve a proliferação de doenças infecto-contagiosas e acidentes de trabalho, como mutilações e mortes. Tais acontecimentos acabavam por prejudicar o empresário, já que a ausência do trabalhador atrasava e comprometia a produção e, consequentemente, o lucro das empresas (MENDES, DIAS, 1991).

Surge na Inglaterra, a primeira especialidade médica que se preocupava com os interesses das empresas em relação à saúde do operário: a Medicina do Trabalho, especialidade centrada no profissional médico e orientada na teoria da unicausalidade, em que se acreditava que para cada doença havia um só agente etiológico, deixando de lado uma imensidão de fatores determinantes da saúde, inclusive os fatores sociais. Segundo Mendes e Dias (1991), a Medicina do Trabalho teve como características o serviço médico de confiança do empresário e a responsabilidade médica dos danos à saúde dos trabalhadores, bem como sua prevenção.

Com a acelerada evolução industrial, porém, a Medicina do Trabalho ainda vigente revelava certa impotência frente aos desdobramentos recentes. Surgiu a necessidade de ampliar a atuação frente à saúde dos operários, por meio da inclusão de novos profissionais, formando, assim, uma equipe interdisciplinar, a chamada Saúde Ocupacional. A partir daí, passa-se a relacionar o ambiente de trabalho com a saúde do operário, dando ênfase à teoria da multicausalidade da doença. A Saúde Ocupacional atua principalmente sobre o indivíduo, privilegiando o diagnóstico e tratamento de problemas da parte orgânica, sem nenhuma ênfase na subjetividade do trabalhador. Visa praticamente à produtividade, sendo a saúde encarada como uma ferramenta fundamental para a produção (MENDES; DIAS, 1991; LACAZ, 2007).

A Saúde Ocupacional, desse modo, também passou a apresentar insuficiências. Apesar de este modelo ter sido desenvolvido a fim de atender às necessidades da produção, muitos dos seus objetivos não foram cumpridos: manteve o referencial da medicina do trabalho; não cumpriu com a questão da interdisciplinaridade proposta; e preservou o trato do trabalhador

como “objeto” (MENDES, DIAS, 1991). Com o advento de movimentos sociais e políticos, em nível mundial, em meio à construção de uma sociedade democrática, a ineficiente Saúde Ocupacional dá lugar à Saúde do Trabalhador. Este novo campo vem superar as práticas desenvolvidas até então, em busca de conhecer as relações do trabalho com o processo saúde-doença (LACAZ, 2007).

Segundo Mendes e Dias (1991, p. 347), “o objeto da Saúde do Trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho”. Compreende-se o processo saúde-doença como processo social e político, considerando uma reconceituação dos termos saúde e doença, e não apenas como conceitos isolados. Este processo representa o conjunto de relações e variáveis que produz o estado de saúde e doença de uma população, que se modifica nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade (LAURELL, NORIEGA, 1989).

O campo Saúde do Trabalhador surge então em meio a um intenso processo político e social de mudança no âmbito das relações trabalho e saúde. Tem como características: manter-se como um campo em permanente construção, no contexto da saúde pública; a influência do trabalho na determinação do processo saúde-doença; o desvelamento de doenças profissionais clássicas e “novas” doenças relacionadas ao processo produtivo; denúncia à insuficiência do sistema de saúde na resolutividade das necessidades de saúde dos trabalhadores; surgimento de novas práticas sindicais, prezando a melhora da qualidade de vida dos trabalhadores (MINAYO-GOMES; LACAZ, 2005; PAPPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011).

A Saúde do Trabalhador, por meio do estudo dos processos de trabalho, busca compreender o adoecer e o morrer dos trabalhadores. O processo de trabalho é toda atividade orientada para um fim, que resulta na produção de valores de uso, de bens, processo técnico, social e econômico; é o meio para o processo de valorização, da produção da *mais-valia*, do lucro. Sendo assim, o processo de trabalho é a materialização do processo de valorização e divisão do trabalho. A análise da organização e do processo de trabalho é de extrema importância para identificar quais tipos de alterações são necessárias para melhoria das condições de trabalho e para prevenção dos riscos e agravos à Saúde do Trabalhador (LAURELL; NORIEGA, 1989; MARX, 2013). Completa Marx (2013, p. 261) que, o processo de trabalho

(...) é atividade orientada para um fim – a produção de valores de uso-, apropriação do elemento natural para a satisfação de necessidades humanas,

condição universal do metabolismo entre homem e natureza, perpétua condição natural da vida humana e, por conseguinte, independente de qualquer forma particular dessa vida, ou melhor, comum a todas as suas formas sociais.

Os diversos acontecimentos históricos, como as sucessivas revoluções tecnológicas na produção e as transformações econômicas do pós-guerra, permitem repensar o processo de trabalho e sua organização. Devido às semelhanças do processo produtivo nas diferentes sociedades, surge a concepção de que a tecnologia poderia determinar os processos e a organização do trabalho, impondo um modo de produção. Para Rocha, Rigotto e Buschinelle (1994, p. 58), todo o processo histórico é determinante nas formas concretas que assumem as sociedades e afirmam que

O modo de produção, a maneira pela qual os processos de trabalho são organizados e exercitados, não depende apenas da tecnologia empregada, mas é basicamente o produto histórico das *relações sociais* dominantes nessas sociedades.

O capitalismo transforma a relação do homem com a natureza, o que possibilita, por exemplo, o acúmulo de capital e meios de produção por apenas parte da sociedade, levando à exploração do trabalho e a apropriação dos meios de produção do trabalho excedente. Para os autores, o acúmulo do capital leva ao controle do processo de trabalho, expropriando o “saber fazer” dos trabalhadores, e ao incremento de produtividade, através dos instrumentos de trabalho, e afirmam que

O processo de trabalho é, portanto, ao mesmo tempo um processo técnico, social e econômico, sendo os instrumentos de trabalho o resultado de determinadas relações de classe e do desenvolvimento científico-tecnológico (ROCHA; RIGOTTO; BUSCHINELLI, 1994, p. 59).

O processo de produção, a fim de garantir a produtividade, exige uma divisão técnica do trabalho, impondo maior agilidade para executar as tarefas. Para isso, surgem as técnicas de organização do trabalho, transformando as relações sociais nos meios de produção: coordenação, planejamento, finanças, gerência, recursos humanos, dentre outros (ROCHA; RIGOTTO; BUSCHINELLI, 1994).

Podemos, assim, para melhor compreensão das repercussões do processo de trabalho sobre a Saúde do Trabalhador, distinguir *condições de trabalho* de *organização do trabalho*. As *condições de trabalho* são as condições físicas (temperatura, pressão, radiações), químicas

(vapores, tóxicos, poeiras) e biológicas (vírus, bactérias) que fazem parte do ambiente de trabalho. Já a *organização do trabalho* diz respeito à divisão técnica e social do trabalho e repercute sobre a saúde mental do trabalhador (DEJOURS, 1986).

Conforme Dejours (1986), a organização do trabalho compreende a divisão das tarefas e a divisão dos homens. A divisão das tarefas se refere ao modo como as atividades são distribuídas, diz respeito ao modo operatório, ao conteúdo das tarefas, ao trabalho prescrito (o que inclui o ritmo de trabalho, pausas para descanso, jornada de trabalho, cargas e sobrecarga de trabalho, dentre outros) e atinge diretamente a questão da motivação no trabalho. Já a divisão dos homens se refere às relações interpessoais (colegas e chefia), sendo relativo às questões da hierarquia e do poder, ligados aos aspectos da dominação e da servidão no trabalho (MENEZES, 2010). Esta organização pode contribuir positivamente como também negativamente à saúde dos trabalhadores.

A organização do trabalho, para Seligmann-Silva (2011, p. 163), é definida como “[...] a forma de conceber os conteúdos das atividades de trabalho, bem como a sua divisão entre os trabalhadores”. Desta forma, a articulação do processo de trabalho com sua administração se torna essencial para a saúde dos trabalhadores. As tarefas constituem aspectos essenciais na organização do trabalho, uma vez que estão integrados tanto os objetivos econômicos, quanto os objetivos políticos e, segundo interesses do capital, deverão garantir a máxima eficácia na produção, o menor custo do trabalho e uma máxima sujeição do trabalhador.

A organização do trabalho, portanto, engloba dois pontos, que são o conteúdo das tarefas e as relações humanas. Há organizações que atacam o funcionamento mental do trabalhador, comprometendo assim o seu desejo. Tal comprometimento pode provocar desde perturbações, sofrimentos, até doenças mentais e físicas. Porém, há também organizações do trabalho que são favoráveis à saúde dos trabalhadores, que menos reprimem e não comprometem o funcionamento mental, desencadeando um meio de equilíbrio, em que a empresa é flexível ao ponto de adaptação às necessidades do trabalhador. Assim, podemos afirmar que o trabalho em si não é obrigatoriamente nocivo à saúde e pode ser inclusive fonte de saúde para o sujeito. Conhecendo o processo de trabalho de um determinado grupo de trabalhadores, é possível detectar as principais cargas e os traços gerais do padrão de desgaste (DEJOURS, 1986).

Em meio a um contexto de expansão de finanças, aumento da produção, crescimento econômico e reestruturação produtiva do capital, expandiu-se também o panorama de precarização social do trabalho. Tal precarização surge com o objetivo de recuperar as formas

econômicas, políticas e ideológicas da dominação burguesa. Seligmann Silva (2011, p. 466) mostra que

Flexibilidade e desregulamentação dos contratos de trabalho constituem princípios centrais e profundamente interligados no tipo de dinâmica precarizadora que prevaleceu ao longo da reestruturação produtiva. É sob a ação conjunta desses dois princípios que se desenvolvem a intensificação do trabalho e de seu controle, assim como a degradação de ordem ética e moral.

Essa flexibilidade e desregulamentação permitiram o afrouxamento das relações sociais do trabalho, refletindo nas jornadas de trabalho, no aumento das atribuições de funções e responsabilidades, nos valores variáveis dos salários. Este contexto recai em um dos maiores alicerces da identidade e da saúde, deixando de lado o reconhecimento do trabalhador como pessoa e o trabalho por ele realizado (SELIGMANN SILVA, 2011; FRANCK; DRUCK, 2008; ANTUNES, 2008).

Nesse quadro, considerando que o trabalho em si não é nocivo à saúde, podemos pensar que o que o torna nocivo é a forma como o mesmo é organizado pelo próprio homem. O que o tornaria tolerável ou até mesmo favorável à saúde, segundo Dejours (1986), seria se ele fosse ‘livremente escolhido’ (MENEZES, 2010) e que sua organização fosse flexível aos seus desejos, necessidades e suas variações.

1.3 Cargas de trabalho e desgaste do trabalhador

No início dos anos 1970, a medicina social latino-americana se destacou como um marco dentre as abordagens da medicina, enfatizando um modelo no qual se investiga o processo saúde-doença, e que o processo de trabalho se destaca como umas das mais importantes determinações (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Laurell e Noriega (1989), no livro “Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário”, discutem com foco no **modelo operário italiano**, diversas cargas de trabalho e desgastes sofridos pelos operários em uma fábrica. Este modelo operário foi o instrumento que levou milhares de trabalhadores a investigar seus centros de trabalho, condições das quais estavam expostos a lutar pela transformação destes ambientes; coloca em discussão o trabalho compreendido no interior das relações de produção do capitalismo. Teve como foco a mudança e o controle das condições de trabalho nas unidades produtivas. O enfoque se baseia na observação do operário no meio em que está inserido, e a investigação a partir da

experiência-subjetividade operária, ou seja, a partir da investigação participante, no qual o próprio operário indica os problemas e riscos a partir de sua vivência no meio de trabalho e da própria observação do meio pelo investigador (LAURELL; NORIEGA, 1989; PAPPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011; PAPPARELLI, 2009).

Os autores acima citados tiveram como questão central, compreender diferentes padrões de desgaste vividos dentre as diversas categorias de trabalhadores e contribuíram, mesmo que de forma indireta, ao estudo de agravos em saúde mental relacionado ao trabalho. Para isso, o método utilizado por eles teve como ênfase o dimensionamento do desgaste da força de trabalho. Tal método consiste em duas etapas: decomposição do processo de trabalho em seus elementos constituintes (objeto de trabalho, instrumentos de trabalho e o próprio trabalho, aspectos técnicos – características físicas, químicas e mecânicas – e sociais – organização e divisão do trabalho); e reconstituição do processo de trabalho, imprimindo uma nova qualidade ao conjunto, agregando lógica que ordena as partes e integrando os elementos de forma mais complexa (LAURELL; NORIEGA, 1989; PAPPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011; PAPPARELLI, 2009).

Na concepção de Laurell e Noriega (1989), a categoria “carga de trabalho” seria o correspondente a uma pré-noção das “condições ambientais” do trabalho, no que diz respeito ao processo de trabalho. E é a partir da análise dos elementos que atuam com o corpo do trabalhador e entre si, que é possível identificar os possíveis *desgastes*, resultante da adaptação destes elementos, do corpo e do meio. Sendo assim, para melhor compreender tais cargas e todo o processo de trabalho e ocorrência de desgaste, os autores sugerem um processo de investigação, no qual se decompõem as cargas, existentes dentro do processo de trabalho, em tipos específicos e, a partir daí, reconstruí-las com uma lógica global, a fim de promover a melhoria das condições de trabalho e prevenir riscos e agravos à saúde dos trabalhadores.

Os autores organizam as cargas de trabalho em diferentes grupos, distinguindo em cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas, de um lado, e de outro, cargas fisiológicas e psíquicas. As cargas físicas possuem uma materialidade externa ao corpo humano, podendo ser medidas e detectadas como os ruídos e o próprio calor do ambiente. As cargas químicas e as biológicas têm materialidade externa e adquirem importância através das transformações que geram em sua interação com o corpo. Como exemplos das primeiras, temos os pós, a fumaça, os vapores, líquidos, dentre outros; e da segunda, temos os microorganismos. As cargas mecânicas são as mais visíveis já que se manifestam em interrupção de continuidade,

instantânea ou não, do corpo, como contusões, dentre outros (LAURELL; NORIEGA, 1989; PAPPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011; PAPPARELLI, 2009).

As cargas fisiológicas não têm uma materialidade visível externa ao corpo, por isso são conceituadas sempre em relação aos processos corporais; como exemplo temos um esforço físico pesado, uma posição incômoda. As cargas psíquicas são socialmente produzidas e, à medida que adquirem materialidade por meio do corpo humano, possuem o mesmo caráter das cargas fisiológicas. Segundo Laurell e Noriega (1989), as cargas psíquicas podem ser divididas em dois grupos: o primeiro grupo refere-se a sobrecarga psíquica (tensão prolongada) e o segundo grupo refere-se à subcarga psíquica (incapacidade de desenvolver ou utilizar sua capacidade psíquica). Como exemplos de sobrecarga psíquica podemos citar a atenção permanente, a consciência de periculosidade no trabalho e a supervisão com pressão; de subcarga psíquica citamos a desqualificação do trabalho, a parcialização do trabalho (monotonia e repetitividade) e a perda do controle sobre o trabalho (subordinado às máquinas) (LAURELL; NORIEGA, 1989; PAPPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011; PAPPARELLI, 2009).

A exposição às cargas de trabalho ao longo do tempo gera o desgaste do trabalhador. Laurell e Noriega (1989, p. 115) conceituam o termo desgaste, que complementa o conceito de carga de trabalho, como “(...) a perda de capacidade efetiva e/ou potencial, biológica ou psíquica. Ou seja, não se refere a algum processo particular isolado, mas sim ao conjunto dos processos biopsíquicos”. Segundo os autores, as relações existentes entre o processo de trabalho, as cargas de trabalho e o processo de valorização caracterizam o padrão de desgaste de um determinado grupo. A partir da base técnica e da organização e divisão do trabalho podem-se extrair as características gerais tanto das cargas como do desgaste.

Seligmann-Silva (2011, p. 85) define que a carga de trabalho “(...) representa o conjunto dos esforços desenvolvidos para atender às exigências das tarefas. Esse conceito abrange os esforços físicos e mentais, que por sua vez compreendem os cognitivos e os psicoafetivos (mobilização de sentimentos, controle emocional)”. Os psicoafetivos constituem as cargas psíquicas.

Segundo a autora, a carga psíquica irá variar de acordo com o tipo de atividade e características da situação de trabalho a qual o indivíduo está inserido, podendo ser constituído por diversos sentimentos, como medo, repugnância, raiva e vergonha. Como exemplos, podemos citar: medo de um trabalho perigoso, violação de valores, sentimento de impotência e/ou fracasso frente ao próprio desempenho, sentimento de responsabilidade

(principalmente em trabalhos que envolvem vidas humanas), dentre outros (SELIGMANN-SILVA; 2011).

O conceito de desgaste, conforme mostra Seligmann-Silva (2011, p. 135), “é visualizado como produto de uma correlação desigual de poderes impostos sobre o trabalho e sobre o trabalhador, acionando forças que incidem no processo biopsicossocial saúde-doença”. Ou seja, uma relação de poderes e forças no qual o executor do trabalho se torna o perdedor, visto que os poderes são impostos de forma desigual. Com este conceito, a autora complementa a teoria de Laurell e Noriega (1989), que descreve e explica todos os tipos de desgastes, como o físico, químico e ergonômico, porém aprofundando nos aspectos específicos da dimensão mental do desgaste.

Na área de doação e transplantes de órgãos e tecidos, pesquisas têm sido realizadas com o intuito de investigar as diferentes cargas psíquicas que estes trabalhadores estão expostos (AMORIM; BRUSCATO, MARTINS, 2008; SECCO *et al.*, 2010). Porém, encontram-se apenas estudos relacionados à categoria profissional de enfermagem, mostrando, portanto, a importância em se estudar toda a equipe envolvida neste processo. Surgem então alguns questionamentos norteadores: *Seria possível recortar e identificar cargas psíquicas a que estão expostos os trabalhadores de doação de órgãos e tecidos para transplantes? Haveria sobrecarga de trabalho? Nesse sentido, poderíamos delinear algum padrão de desgaste destes trabalhadores, com base no referencial da autora Seligmann-Silva?*

Segundo Mininel, Baptista e Felli (2011), a exposição às cargas psíquicas tem sido relacionada ao objeto do trabalho: o ser humano que sofre, que sente dor e que morre; à relação com situações estressantes e de pressão; e também à organização do trabalho, carreado de rotinas, burocracias, com supervisão controlada e falta de autonomia. O conceito de desgaste, dessa forma, se torna central para o estudo do adoecimento dos trabalhadores.

A dicotomia vida e morte presente no cotidiano dos trabalhadores em doação de órgãos e tecidos nos apontam diversos conflitos, dificuldades e cargas de trabalho as quais estão expostos. Estudos indicam que os profissionais da categoria de enfermagem mostram um grau significativo de ansiedade, tristeza e angústia, que revelam a necessidade de um acompanhamento psicológico. Diversos aspectos estudados evidenciam o adoecimento desses trabalhadores, dos quais podemos destacar: a expressão de conceitos contraditórios em relação ao significado da morte; a existência de trabalhadores que afirmam serem favoráveis à doação, porém sem a certeza de que serão doadores; o enorme sofrimento relatado frente a

estar com a família de um doador; a falta de reconhecimento do mesmo no processo de doação e transplante e a falta de padronização do serviço; a falta de apoio e estrutura necessária da qual necessitaria para a excelência do processo; o sofrimento dos profissionais ao manter o vínculo com os familiares envolvidos; tentativa de se preservar ao tentar não expor suas vulnerabilidades humanas frente a um processo de doação e transplante. Tal temática será discutida de forma mais aprofundada nos capítulos posteriores (GUIDO *et al.*, 2009; LIMA; SILVA; PEREIRA, 2009; LIMA, 2012).

A partir do exposto, abre-se espaço para a questão norteadora desta pesquisa: *Os trabalhadores de doação de órgãos e tecidos para transplantes estariam expostos a semelhantes conflitos, dificuldades e sobrecargas de trabalho?*

1.4 Saúde mental relacionada ao trabalho (SMRT): sobre o desgaste mental do trabalhador

Em torno de 1980, foram realizados diversos estudos e intervenções acerca dos serviços públicos de Saúde do Trabalhador, sobre os próprios sindicatos de trabalhadores, em relação à Saúde Mental e Trabalho, na qual constituiu o campo de estudos denominado Saúde Mental Relacionado ao Trabalho (SMRT). Antes da constituição deste campo, diferentes disciplinas já estudavam fenômenos como estresse, fadiga, alienações e dominações, a partir de referenciais teóricos e modelos próprios. Tal campo é de extrema importância, visto que os problemas de adoecimento mental continuam a demandar atendimentos em serviços públicos, afastamentos do trabalho e aposentadorias por invalidez (PAPPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011).

Para melhor compreensão do contexto da SMRT, é de extrema importância o entendimento sobre a articulação de vários territórios: no patamar internacional, é necessário compreender a divisão internacional da riqueza, do poder e do trabalho; nos contextos nacionais, como a compreensão das determinações estruturais, conjunturais, políticas econômicas e de desenvolvimento social, legislação trabalhista e garantia de direitos; nas condições gerais de vida, como no caso de moradia, saneamento básico, transporte, alimentação, que acabam por elevar o desgaste dos trabalhadores; nas empresas, quando se considera as relações de trabalho, tipos de gestão, recursos humanos; no espaço microssocial do local do trabalho, sobre as dinâmicas intersubjetivas e aspectos coletivos; e na

individualidade, em que se considera a trajetória pessoal e individual, que se confrontará com as forças dos demais territórios (PAPPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011).

Seligmann-Silva (2011), a partir de diversos estudos, sintetiza três principais referências teórico-metodológicas em SMRT: abordagens que têm raízes na *teoria do estresse, correntes voltadas para a utilização do referencial psicanalítico e o modelo que adota o conceito de desgaste mental*. Este último será utilizado no estudo em questão (PAPPARELLI, 2009; SELIGMANN-SILVA, 2011).

A teoria do estresse foi inicialmente empregada no campo da física, em que era designado como desgaste de materiais após exposição a excessos de peso, calor, radiação, dentre outros. Em 1936, através do endocrinologista Selye, o termo estresse foi utilizado para designar uma “síndrome geral de adaptação”. Tal síndrome era constituída por três fases: reação de alarme, fase imediata caracterizada por súbita descarga de adrenalina na circulação sanguínea, provocando alterações circulatórias e de tônus muscular; fase de adaptação, no qual ocorre uma acomodação quanto à situação estressante; e por fim a fase de exaustão, quando as demais fases se prolongam, dando espaço ao desequilíbrio e ao esgotamento. Tal teoria traz diversas limitações, principalmente no que tange o entendimento de desgaste mental no trabalho. Esse modelo não permite a análise do quanto complexo são as interações que se verificam entre os estressores vinculados à situação de trabalho (PAPPARELLI, 2009; SELIGMANN-SILVA, 2011).

Nas perspectivas psicanalíticas, historicamente, destaca-se a psicopatologia do trabalho, composta por diversas e distintas correntes de conhecimento, e tem concedido à SMRT importantes contribuições acerca da compreensão e ampliação dos conhecimentos sobre a dinâmica intrapsíquica e intersubjetiva. A partir de estudos que integram, principalmente, a Psicologia Social e a Psicanálise, surge uma nova abordagem acerca da dinâmica em que o ressentimento se instala e se desdobra nas subjetividades, nas relações interpessoais e no âmbito coletivo. O psiquiatra Louis Le Guillant foi o pioneiro nesta linha de conhecimento na origem de adoecimentos e mesmo de graves conflitos. Assim, estudos realizados têm apontado para o potencial psicopatogênico do ressentimento, tanto individual, que ocorre em pessoas, quanto ao coletivo, que se refere ao potencial de revolta em populações ou mesmo segmentos sociais que foram submetidas a despeito e/ou exploração. Na esteira da psicopatologia do trabalho, Christophe Dejours constrói a Psicodinâmica do Trabalho (PDT), em que a análise é centrada nos fenômenos psíquicos e intersubjetivos na conexão do âmbito microssocial da situação de trabalho com o macrossocial. A teoria da

Psicodinâmica do Trabalho está voltada para a análise do sofrimento psíquico, segundo a própria percepção dos trabalhadores, concentrando-se na relação entre sofrimento e organização do trabalho, na análise das vivências de prazer e sofrimento no trabalho e das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores para ressignificar o sofrimento e transformar o contexto de trabalho em um lugar de prazer; a disciplina também estudou as diversas formas de exploração do sofrimento mental (PAPPARELLI, 2009; SELIGMANN-SILVA, 2011).

Já o modelo do desgaste mental traz um conceito que permite uma nova abordagem integradora. A categoria “desgaste mental” proposta por Seligmann-Silva (2011) mostra uma possibilidade de integrar as contribuições da psicopatologia e da psicodinâmica do trabalho e da medicina social latino-americana, para melhor compreender os transtornos mentais, cognitivos e psicoafetivos (PAPPARELLI, 2009; SELIGMANN-SILVA, 2011).

As determinações de ordem sociopolítica e econômica atuam nas relações entre o processo de trabalho e processo saúde-doença. Considerando o trabalho dominado, situações em que o corpo e os potenciais psíquicos do trabalhador são consumidos pelo processo de trabalho e por constrangimentos a ele vinculados, configura-se o chamado desgaste. Segundo Seligmann-Silva (2011), o desgaste humano poderá se agravar de acordo com a vulnerabilidade humana, e será mais intensa quanto maior for a precariedade das condições de vida e quanto menor for o respeito aos direitos humanos fundamentais e à cidadania.

Em tentativa de melhor compreender o trabalho dominado, Seligmann-Silva (2011) mapeia contribuições importantes e significativas de estudos nos últimos 30 anos, a fim de analisar as metamorfoses da dominação, importantes para o entendimento e mapeamento de tal temática. A autora distingue duas temáticas: estudos que enfocam desemprego e trabalho informal, que oferecem contribuições significativas para a SMRT para compreensão da gênese do sofrimento social; e pesquisas articuladas à atual precarização das relações sociais do trabalho, em seus impactos na sociabilidade e na saúde geral, trazendo consigo diversos objetos de pesquisa, como a imposição de ideologias, novas formas de dominação na exploração e expropriação da subjetividade, mutações da dominação e exploração em diversas áreas, como no serviço público, identidade social e suas transformações na vida laboral, transformações psicoculturais que refletem inclusive na gênese das tensões, sofrimento social e desgaste mental, e mesmo de expressões clínicas de adoecimento mental no trabalho dominado, dentre outros objetos.

Sendo assim, *seria possível identificar e reconhecer um desgaste mental, relacionado ao trabalho, independente da ocorrência de destruição de estruturas do sistema nervoso central? Seria possível transferir a ideia do “corpo consumido” para “mente consumida”?* É neste pensamento que Seligmann-Silva (2011) apresenta uma visão de três níveis em que o desgaste mental relacionado ao trabalho pode ser caracterizado.

1.4.1 Desgaste literal: desgaste orgânico

Trata-se do desgaste orgânico propriamente dito, aquele em que ocorrem alterações físicas do sistema nervoso, podendo ser evidenciado através de exames. O substrato orgânico da mente pode ser atingido por meio de danos decorrentes de situações de trabalho, levando a déficits intelectuais ou transtornos de ordem psicoafetiva. Dentre as situações de trabalho, podemos indicar os acidentes de trabalho e também a ação de produtos tóxicos com ação destrutiva ou prejudicial aos processos bioquímicos do sistema nervoso. O nexo entre os distúrbios mentais e os efeitos de vários produtos tóxicos já foi comprovado por meio de estudos, e, inclusive, já se sabe que a avaliação psicológica é de grande valia para identificar precocemente essas intoxicações. Como exemplos desses produtos, podemos citar a exposição ao chumbo, ao mercúrio, ao tolueno, estireno, dentre outros. Além dessas intoxicações, da mesma forma, os agentes biológicos e físicos também podem agredir o sistema nervoso (SELIGMANN- SILVA; 2011).

1.4.2. Desgaste funcional: a fadiga e o mal-estar

Neste segundo nível de classificação do desgaste, nos cabe remeter à fadiga, um dos transtornos mais estudados. *Poderia a mesma ser entendida como um processo de desgaste?* Para Seligmann-Silva (2011), as fadigas física e mental são indissociáveis, mesmo quando uma predomina sobre a outra, e, por isso, também são conhecidas como “cansaço geral”. O cansaço pode se acumular ao longo do tempo desencadeando distúrbios do sono, irritabilidade, cansaço que não cede ao sono diário, desânimo, dores e até perda de apetite. Considerando então esse cansaço pela dimensão corpórea, pode-se dizer que esse desgaste também se torna aferível em termos de danos orgânicos e de perdas por meio do sofrimento mental, que pode levar a uma deformação que afeta o humor e a sociabilidade.

O desgaste gerado pela fadiga, porém, não pode ser dissociado dos demais aspectos estudados. A autora relata sobre a questão do estresse no processo de desgaste e se utiliza de Laurell e Márquez (1983), que afirmaram que o estresse ou a tensão nervosa é um elemento importante para compreensão do desgaste e a destruição do trabalhador no processo de produção. Considera a reação de estresse como constituinte do processo de desgaste vinculado à organização do trabalho, na submissão real do trabalho ao capital. E por meio dos efeitos de sobrecarga quantitativa e subcarga qualitativa de trabalho, que se inicia uma nova forma de consumo da força de trabalho e desgaste do próprio produtor do mesmo (SELIGMANN-SILVA; 2011).

É importante enfatizar que nem os conceitos nem as experiências de desgaste e sofrimento se excluem de forma recíproca. Ao contrário, é possível constatar que os processos psicofisiológicos estudados na teoria do estresse são sim compatíveis e associados em sua maioria aos fenômenos estudados na fadiga, aspecto esse muito bem exposto em diversas publicações já consagradas, como enfatiza Seligmann-Silva (2011), que cita várias pesquisas que demonstram este tipo de desgaste associado ao trabalho. Segundo Seligmann-Silva (2011, p. 141-142),

foi observado, em pesquisas de campo realizadas com trabalhadores industriais não qualificados, que quanto maior o cansaço, menor a possibilidade de lazer ativo significativo e de participação social em geral, inclusive de participação política. Desse modo, o cansaço se faz ponte importante para a intensificação de uma sujeição que, muitas vezes, se constitui paralelamente a um processo de alienação.

Importante também destacar que várias pesquisas e análises, ainda segundo Seligmann-Silva (2011), já relacionam as situações de desgaste global que se expressam em envelhecimento precoce a determinadas situações de fadiga. O trabalho em turno de revezamento, por exemplo, no qual o trabalhador tem jornada tanto no período diurno quanto noturno, corresponde a envelhecimento suplementar de 7 anos em uma vida sobre esse regime.

1.4.3. Desgaste da subjetividade: identidade afetada

Segundo Seligmann-Silva (2011), o desgaste da subjetividade é aquele no qual se corrói a identidade do ser humano, ao atingir valores e crenças, ferindo inclusive a dignidade

e a esperança do trabalhador. A autora ressalta as ideias de Yves Clot (2008), que fortalecem a integração entre a concepção de desgaste e de sofrimento. Explica que

Clot pensa o sofrimento psíquico como resultante de um *impedimento de agir* em consonância com o próprio *ser*. Impossibilidade cuja continuidade leva a uma *desvitalização da atividade* que corresponde a uma *impossibilidade de ser*. Centrando a atenção na importância do poder de agir, o autor mostra que quando o trabalhador tem possibilidade de exercer seu poder de recriação, poderá reconhecer a si mesmo no exercício e no fruto de sua atividade. E, assim, conferirá sentido ao que faz em seu trabalho, ao mesmo tempo em que promove sua eficiência e uma eficácia que não se restringe a alcançar objetivos pré-traçados, mas também atinge a descoberta criativa de novos objetivos (YVES CLOT, 2008, p. 143-144).

Pelo trecho acima, podemos depreender que o processo descrito por Clot acaba sendo bloqueado, já que à contrapartida ocorre por opções dos próprios empregadores a imposição de paradigmas que resultam em rotatividade e polivalência. Afirma que o sofrimento mental deve ser considerado, portanto, em definição mais ampla, indo além da dor psíquica e mental, no qual o indivíduo é impossibilitado de dizer, de fazer, de relatar, e de estimar a si próprio, ou seja, estar impedido de suas capacidades.

O declínio da autoimagem e as estreitas perspectivas quanto ao futuro são fruto das situações de trabalho e das frustrações acumuladas ao longo de anos em experiências de sofrimento social. Quadros de adoecimento, como ocorrência de doença coronariana, correspondem em diversos estudos a tais experiências, além do desgaste da identidade e do projeto de vida (SELIGMANN-SILVA; 2011).

Este terceiro nível de desgaste, ao mesmo tempo em que é inseparável do sofrimento social, do outro, no âmbito do trabalho, se articula principalmente com as vivências conectadas à gestão e à organização do trabalho. Dentre as determinações que têm sido identificadas nesse processo, fazem parte a falta de percepção de um reconhecimento social pelo desempenho e as decepções com respeito à ascensão funcional.

Baseado nas ideias de Eugène Enriquez (1991), Seligmann-Silva (2011) trata sobre o modo como as organizações podem influir nas transformações da personalidade. Segundo ela, o autor demonstra que diversas estruturas sociais acabam por favorecer o desenvolvimento de características paranoicas ou perversas nos indivíduos nelas inseridos, permitindo que o sonho da homogeneidade deixe de ser ilusão para se tornar uma realidade. Organizações marcadas pelo ideal de onipotência acabam por transparecer um discurso de perfeição. Desta forma, todas as outras organizações se tornam o negativo da perfeição, já que todo comportamento

desviante culmina em ameaças a boa conduta e é merecedor de exclusão. De acordo com o autor, à medida que a rigidez de tais estruturas organizacionais se eleva, haverá uma maior facilidade para construção de personalidades paranoicas entre seus membros.

Baseado no conceito geral de desgaste estabelecido por Laurell e Noriega, o modelo teórico de desgaste mental integrou um conjunto de contribuições elaboradas por diferentes autores. E para fundamentar a ideia de desgaste, cabe aqui considerar outros conceitos que nos ajudam a compreender a correlação entre o processo de desgaste mental e a instância trabalho: o conceito de *identidade em processo*, firmados pelos psicólogos Berger e Luckmann (1987); o conceito de economia psicossomática, como colocado pelo médico Pierre Marty (1976 e 1980); e o conceito de corrosão do caráter, pelo sociólogo Richard Sennett (1998).

A ideia de desgaste nos permite entender que os processos coletivos e os psicossomáticos (individuais) interagem e se integram em um único processo de alta complexidade, porém de forma unificada. Seligmann-Silva (2011, p. 148-149) resume os modos pelos quais se efetiva esse processo unificado da seguinte forma:

- Em primeiro lugar, existe um desgaste da identidade que atinge a personalidade e a vida mental e, por conseguinte, também a economia psicossomática – pela densa integração entre os processos mentais e orgânicos.

- Em segundo lugar, vemos, então, que a estabilidade desta economia – essencial para a preservação da saúde – pode ser rompida pela experiência social, quer de forma traumática, quer de modo cumulativo ao longo do tempo. Nos estudos de campo referidos à SMRT, as pesquisas mostram que tanto as experiências traumáticas – como acidentes de trabalho – quanto aquelas que se desenvolvem ao longo de largos períodos, originam processos em que o transtorno do conjunto psicossomático tem lugar, podendo provocar distúrbios que se expressem ora notadamente em nível mental, ora principalmente em nível corporal.

Sendo assim, frente a toda essa contextualização, seria possível, a partir do estudo do processo e organização de trabalho da equipe multiprofissional de doação de órgãos e tecidos para transplante, identificar presença de desgaste mental dos trabalhadores envolvidos?

CAPÍTULO 2

2. O processo de doação, captação e transplante de órgãos e tecidos

2.1 História e regulamentação dos transplantes no Brasil

Os transplantes de órgãos no Brasil fazem parte do cotidiano hospitalar desde meados do século XX. Para que um transplante seja efetivado, existe um processo que precisa se desenvolver e que compreende várias etapas, desde a identificação de um possível doador até a autorização da família para doação e extração efetiva dos órgãos (captação), para assim iniciar o processo de busca de potenciais receptores e a realização do transplante (MENESES *et al.*, 2010; SCHELEMBERG, ANDRADE; BOING, 2007).

Devido ao alto índice de pessoas que aguardam em lista de espera por um órgão ou tecido que garantam a sua sobrevivência, o tema doação, captação e transplante é de bastante interesse para as políticas públicas de saúde. A fila de transplantes tem aumentado e cada vez mais a demanda supera a quantidade de órgãos ofertados (MATTIA *et al.*, 2010). Segundo dados do Registro Brasileiro de Transplantes de 2016, nos meses de janeiro a setembro, o Brasil obteve um aumento de 3,6% no número de doadores, atingindo a média de 14,4 doadores por milhão de população (PMP). Apesar desta média nacional, por se tratar de um País de extenso território, cinco estados possuem mais de 25 doadores por milhão de população: Santa Catarina, Paraná, Distrito Federal, Rio Grande do Sul e Ceará, o que demonstra uma grande discrepância ao longo do território nacional (ABTO, 2016).

A história dos transplantes de órgãos no mundo teve início em meados do século XX, junto a várias descobertas no campo médico e a experiências em transplantar órgãos em animais. Chamamos de *alotransplante*, àquele transplante entre diferentes membros da mesma espécie; e *xenotransplante*, entre membros de diferentes espécies. O transplante de órgão apenas se tornou possível devido aos aperfeiçoamentos da cirurgia, especialmente a partir do desenvolvimento das técnicas de anastomoses vasculares, em 1902 e a partir da imunologia, com o conhecimento dos mecanismos de rejeição e o desenvolvimento de drogas

imunossupressoras, que culminou com a introdução da ciclosporina, em 1976 (LIMA, MAGALHÃES; NAKAMAE, 1997; ALMEIDA, 2011).

A partir das técnicas de anastomose vascular, os transplantes de órgãos vascularizados se tornaram possíveis. Sendo assim, em 1902, foi descrito por Emerich Ullmann em Viena, o primeiro transplante de rins em cães. A partir daí, vários experimentos foram realizados, como xenotransplantes renais, de porco e cabra, para pacientes com insuficiência renal crônica, rins de macacos em homens, dentre outros. Foram vários feitos na área, porém nem sempre com resultados satisfatórios, não passando de fases experimentais (LIMA, MAGALHÃES; NAKAMAE, 1997; COELHO, 2003).

Em 1954, na cidade de Boston, EUA, ocorreu então o primeiro transplante renal com resultado satisfatório, entre gêmeos univitelinos. O receptor obteve sobrevida de 20 anos após tal transplante. Desse modo, a partir da década de 1950, fatos importantes como o início das unidades de terapia intensiva e o diagnóstico de morte encefálica, que somados a descoberta do imunossupressor ciclosporina, no fim da década de 1970, foram fundamentais para que uma série de transplantes, em especial rins, fígado e coração, deixassem a fase experimental. Sendo assim, em 1967, na cidade do Cabo, África do Sul, Christian Barnard se torna o precursor do transplante cardíaco, de humano para humano, bem-sucedido, o que impulsionou a ampliação deste tipo de transplantes (LIMA; MAGALHÃES; NAKAMAE, 1997; ALMEIDA, 2011).

No Brasil, os transplantes de órgãos tiveram início na década de 1960; em 1965, no Hospital de Clínicas de São Paulo, por meio de trabalhos conduzidos na área da nefrologia; e, em 1968, com o primeiro transplante cardíaco. Entretanto, a prática de transplantes pouco se difundiu nesta época devido à baixa sobrevida dos pacientes transplantados. Após cerca de 15 anos, devido aos avanços na área (novas técnicas cirúrgicas, equipamentos de suporte, métodos de histocompatibilidade entre doador e receptor, fármacos imunossupressores, dentre outros), esses procedimentos se difundiram dentre os estabelecimentos hospitalares, o que implicou em uma necessidade extrema de regulamentação para a área de doação e transplantes de órgãos e tecidos (ALMEIDA, 2011; ARCANJO; OLIVEIRA; SILVA, 2013; JOAO; SILVEIRA, 2015).

Segue abaixo o QUADRO 1 com as principais leis e portarias que regulamentaram todo o processo de doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos para transplantes no território brasileiro ao longo das últimas décadas.

Quadro 1 – Brasil: principais leis e portarias do processo de doação, captação e transplantes, 2017

Leis, portarias e resoluções	Data	Ementa
Lei nº. 8.489	18/11/1992	Revogada pela Lei nº. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997.
Lei nº. 9.434	04/02/1997	Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.
Decreto nº. 2.268	30/06/1997	Regulamenta a Lei nº. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências.
Resolução CFM nº. 1.480	08/08/1997	Critérios de Morte Encefálica.
Lei nº. 10.211	23/03/2001	Altera dispositivos da Lei nº. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”.
Resolução RDC nº. 347	02/12/2003	Determina Normas Técnicas para o Funcionamento de Banco de Olhos.
Portaria nº. 1.752	23/09/2005	Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Revoga-se o Artigo 1º da Portaria GM nº. 905, de 16 de agosto de 2000.
Portaria nº. 1.262	16/06/2006	Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).
Portaria nº. 2.600	21/10/2009	Aprova o novo Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.
Decreto nº. 9.175	18/10/2017	Regulamenta a Lei nº. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Revoga o Decreto nº. 2.268, de 30 de junho de 1997.
Resolução CFM nº. 2.173	15/12/2017	Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Revoga a Resolução CFM nº. 1.480 de 15 de dezembro de 2017.

Fonte: BRASIL, 1992; 1997; CFM, 1997; BRASIL, 2001; 2003; 2005; 2006; 2009; 2017; CFM, 2017. Org. Ana Rita Barreto Bernardes, 2017.

Por quase 30 anos a prática em transplantes era pouco regulamentada, existindo apenas algumas regulamentações locais e regionais, com base na informalidade. Apenas em 1997, os transplantes foram regulamentados em todo o Brasil, por meio da Lei nº. 9.434 de 04 de fevereiro de 1997 e de seu Decreto nº. 2.268 de 30 de junho de 1997. Esse foi um importante passo para a evolução do processo de doação e transplante no Brasil, proporcionando maior seriedade e confiabilidade à população. A Lei nº. 9.434/1997 dispõe sobre a remoção de

órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências, o que contribuiu para o desenvolvimento das atividades de captação e transplantes no País. O Decreto nº. 2.268/1997 regulamentou a Lei nº. 9.434/1997 e criou o Sistema Nacional de Transplantes, responsável pela infraestrutura da notificação de casos de morte encefálica (ME), captação e distribuição de órgãos e tecidos (ARCANJO; OLIVEIRA; SILVA, 2013; BRASIL, 1997).

A Lei nº. 9.434, de 04 fevereiro de 1997, delegou ao CFM a normatização dos critérios clínicos e tecnológicos para o diagnóstico da morte encefálica. Tal diagnóstico é de extrema importância para todo o processo, visto que a doação de múltiplos órgãos só é possível nestas situações; ao contrário dos casos de doação de córneas e demais tecidos, no qual é possível a doação em óbitos de coração parado, conforme iremos esclarecer mais adiante. A Resolução CFM nº. 1.480, de 08 agosto de 1997, define e caracteriza quais exames clínicos e complementares deverão ser realizados para se diagnosticar a morte encefálica. O processo de diagnóstico, então, é composto por dois exames clínicos, que serão realizados com intervalo de tempo definido segundo a faixa etária, e pelo exame complementar, que deverá demonstrar de forma inequívoca a ausência de atividade elétrica cerebral ou, a ausência de atividade metabólica cerebral ou, a ausência de perfusão sanguínea cerebral (BRASIL, 1997; CFM, 1997). Após a realização dos dois exames clínicos e do exame complementar acima citado, conclui-se que o paciente está em morte encefálica.

Entre 1997 e 2001, conforme regulamentação, com o intuito de aumentar o número de potenciais doadores, a retirada de órgãos e tecidos para transplantes era realizada baseada no consentimento presumido, no qual o indivíduo somente poderia ser um doador caso tivesse registrado este desejo em vida. Tal registro era realizado em carteira de identidade ou em carteira nacional de habilitação. Devido ao grande desconforto gerado à população, em 2001, por meio da Lei nº. 10.211/2001, que altera vários artigos da Lei nº. 9.434/1997, modifica a autorização de doação para consentimento consentido, em que cabe aos familiares responsáveis optar pela autorização da retirada de órgãos e tecidos para transplantes (BRASIL, 1997; BRASIL, 2001; MEDINA-PESTANA, 2011; AGUIAR *et al.*, 2010).

Em 2009, surge a Portaria nº. 2.600, de 21 de outubro de 2009, que aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes e regula todo o processo de doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos no território brasileiro. O conhecimento de tal portaria é fundamental para se entender todo o processo vigente, e será citada nos demais subtítulos (BRASIL, 2009).

Em 18 de outubro de 2017, é publicado então o Decreto nº. 9.175, que regulamenta a Lei nº. 9.434/1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, revogando assim o Decreto nº. 2.268, de 30 de junho de 1997. Este decreto moderniza o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), dando mais agilidade na realização dos transplantes, e ao mesmo tempo mantendo a segurança do diagnóstico de morte encefálica. Dentre as mudanças em relação ao decreto anterior, estão: adequação aos novos modelos familiares ao permitir que, além do cônjuge, também o(a) companheiro(a) possa autorizar a doação de órgãos; disposição do apoio da Força Aérea Brasileira (FAB) para transporte de órgãos e tecidos; ampliação do prazo de validade das autorizações dos estabelecimentos de saúde e equipes de transplantes no país, que passa de dois para quatro anos; dentre outras mudanças (BRASIL, 2017).

Os critérios de diagnóstico de morte encefálica também foram alterados em 2017, por meio da Resolução do CFM nº. 2173, de 15 de dezembro, que revogou a Resolução CFM nº. 1.480. Dentre as principais alterações, podemos citar: o diagnóstico de ME passa a precisar apenas de um teste de apneia, e não de dois, como na resolução anterior; o intervalo entre os exames clínicos altera para períodos menores; e a resolução determina que os exames clínicos devem ser realizados por médicos previamente capacitados para tal diagnóstico (CFM, 2017).

Existem vários modelos de processo de doação e transplantes no mundo. O processo de doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos no Brasil tem características tanto do modelo espanhol, como do modelo norte-americano. O modelo brasileiro conta com as Comissões Intra-hospitalares, assim como a Espanha. O modelo espanhol é estruturado em três níveis de coordenação: nacional, autônomo e hospitalar. O terceiro nível, o hospitalar, se refere à coordenação dentro dos hospitais, na qual existe um coordenador e uma equipe de profissionais treinados dentro do próprio hospital que realizará as atividades pertinentes do processo de doação e captação de órgãos e tecidos, assim como no Brasil, como detecção dos potenciais doadores, entrevista familiar, apoio à família, dentre outros (MATESANZ *et al.*, 2008; MOURA; SILVA, 2014).

O modelo brasileiro, além das comissões intra-hospitalares, conta também com as Organizações por Procura de Órgãos (OPO), que são tipicamente baseados no modelo norte-americano. Nesse modelo, o governo determina as áreas contiguas a serem trabalhadas por OPO, que, por sua vez, realizará as atividades de busca ativa de potenciais doadores, educação e captação de órgãos e tecidos na região determinada, assim como ocorre no Brasil (NATHAN *et al.*, 2003; MOURA; SILVA, 2014). O modelo brasileiro, assim como todo o

processo de doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos serão discutidos de forma mais detalhada nos subtítulos seguintes.

2.2 Organização do Sistema Nacional de Transplantes

O programa nacional de transplantes de órgãos do Brasil é, provavelmente, o maior programa público de transplantes do mundo, com uma logística de alocação de órgãos justa e livre de qualquer privilégio social ou cultural. O SNT foi criado em 1997, através da Lei nº. 9.434/1997, como órgão de caráter central integrante do Ministério da Saúde. Desde sua criação, a organização e a legislação brasileira têm sido aprimorada e regulamentada. Segundo o Decreto nº. 9175/2017, integram o SNT: o Ministério da Saúde; as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal; as Secretarias de Saúde dos Municípios; as Centrais Estaduais de Transplantes (CET); a Central Nacional de Transplantes (CNT); as estruturas especializadas integrantes da rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes; as estruturas especializadas no processamento para preservação *ex situ* de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes; os estabelecimentos de saúde transplantadores e as equipes especializadas; e a rede de serviços auxiliares específicos para a realização de transplantes (MEDINA-PESTANA *et al.*, 2011; BRASIL, 2017).

Com o intuito de atualizar, padronizar e aperfeiçoar a organização e o funcionamento do SNT, em 2009, a Portaria nº. 2.600/2009, aprovou o regulamento técnico do Sistema. Nesta portaria está descrita toda a estrutura e funcionamento do SNT e estão detalhados todos os componentes que fazem parte de sua estrutura, conforme mostra a FIGURA 1. As funções de órgão central do SNT são exercidas pelo Ministério da Saúde por meio da Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT). Tal coordenação, por sua vez, é assistida pelos Grupos de Assessoramento Estratégico (GAE), que tem como atribuições a elaboração de diretrizes para a política de transplantes e enxertos, propostas de temas de regulamentação complementar, identificação de indicadores de qualidade para as atividades de doação e transplantes, análise de relatórios com os dados sobre as atividades do SNT e emissão de pareceres em situações especiais quando solicitados pela CGSNT (BRASIL, 2009).

A CGSNT conta também com assessoria técnica, representada pelas Câmaras Técnicas Nacionais (CTN). Cada CTN é responsável pela discussão e emissão de pareceres

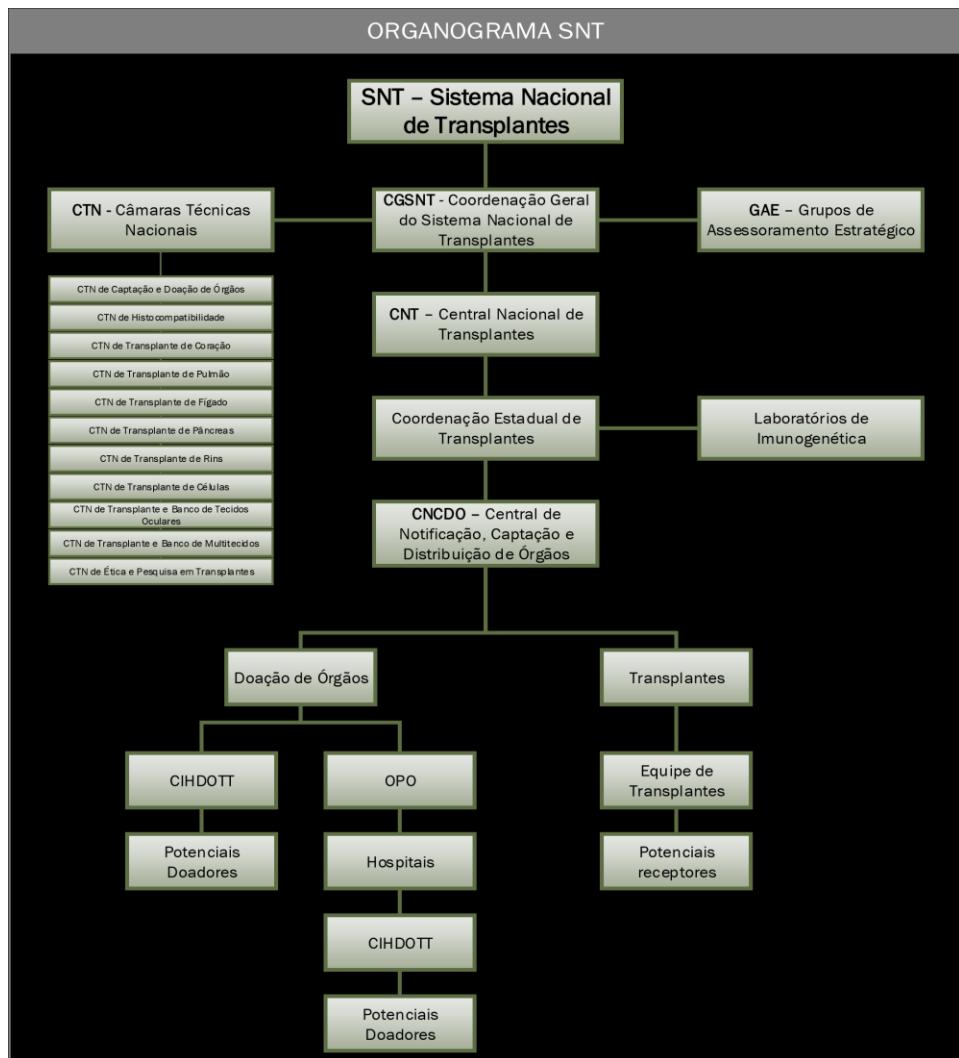
técnicos sobre suas respectivas temáticas. São várias as CTN: Captação e Doação de Órgãos, Tecidos, Células e Partes do Corpo; Histocompatibilidade; Transplante de Coração; Transplante de Pulmão; Transplante de Fígado; Transplante de Pâncreas; Transplante de Rim; Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas; Transplante e Banco de Tecidos Oculares; Transplante e Banco de Multitecidos e Ética e Pesquisa em Transplantes (BRASIL, 2009).

A CNCDO atua junto aos estabelecimentos de saúde por meio das Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO) e das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). As OPO atuam de maneira regionalizada, por meio de seus limites de atuação definidos por critérios geográficos e populacionais, em parceria com as CIHDOTT, atuando na educação continuada na área de doação de órgãos; no auxílio junto aos hospitais a fim de identificar os potenciais doadores de órgãos e tecidos; no auxílio do processo de diagnóstico de morte encefálica (ME) e em todo o processo de doação e captação de órgãos e tecidos (MEDINA-PESTANA *et al.*, 2011; BRASIL, 2009).

As CIHDOTT são comissões dentro dos hospitais, responsáveis pela busca ativa de potenciais doadores, bem como organização de todo o processo de doação e captação no meio intra-hospitalar. Atuam com a finalidade de melhorar a identificação e a manutenção de potenciais doadores de órgãos e tecidos, bem como capacitação de toda a equipe envolvida no processo de doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos. A estrutura e o funcionamento da CIHDOTT serão discutidos mais adiante (ARCANJO; OLIVEIRA, SILVA, 2013; BRASIL, 2009).

Toda a estrutura descrita anteriormente é regulamentada, por meio de leis e portarias, em todo o País. Ou seja, o sistema de doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos ocorre de forma padronizada, em qualquer ponto do território brasileiro, a fim de evitar quaisquer danos e/ou irregularidades. Portanto, há semelhança de todo o sistema descrito. O processo ocorre também no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU – UFU), onde foi realizada nossa pesquisa em questão. O HCU está inserido nessa estrutura, assumindo papel de hospital transplantador e de fornecedor de órgãos e tecidos através dos doadores da instituição.

FIGURA 1 – Brasil: Organograma sobre a estrutura e organização do SNT, 2017



Fonte: MOURA, SILVA, 2014.

2.3 Dos fluxos de doação: óbitos de coração parado e morte encefálica

A doação de órgãos é um ato de explícita generosidade, no qual permitiu à sociedade exercitar o princípio ético da benevolência; por meio de um ato confidencial de opção pela doação, beneficiam-se pacientes que dependem de tal ato para a sobrevivência. Todo o processo da doação até o transplante é extremamente complexo; basicamente, é o conjunto de ações que possibilitam transformar um potencial doador em um doador efetivo de órgãos. Antes de adentrar por todas as etapas do processo, é necessário entendermos algumas definições (SANTOS; MASSAROLLO, 2005).

A doação de órgãos e tecidos pode envolver doadores vivos e doadores falecidos ou cadáver. O **doador vivo** é aquele indivíduo saudável que se dispõe a doar um órgão ou tecido;

neste caso, somente alguns órgãos ou partes de órgãos ou tecidos podem ser doados como, por exemplo, um órgão duplo como o rim, uma parte do fígado, pâncreas ou pulmão, ou um tecido, como a medula óssea. O **doador cadáver ou falecido** pode ocorrer de duas formas: **doador com morte encefálica** (definida pela perda irreversível das funções do encéfalo, manifestada por coma aperceptivo, ausência de reflexos de tronco encefálico e apneia), do qual é possível remover todos os órgãos e tecidos para transplantes, dependendo das condições clínicas e faixa etária de cada caso, como: órgãos como coração, pulmões, rins, fígado, pâncreas e intestino, e também tecidos, como córneas, esclera, pele, ossos, cartilagens, tendões, meniscos, fáscia muscular, válvulas cardíacas e vasos sanguíneos; e o **doador com coração parado**, quando ocorre a parada cardiorrespiratória, do qual poderá doar tecidos, como córneas, esclera, pele, ossos, cartilagens, tendões, meniscos, fáscia muscular, válvulas cardíacas e vasos sanguíneos (PEREIRA, 2009; AGUIAR *et al.*, 2010; MAIA; AMORIM, 2009; WESTPHAL, 2016).

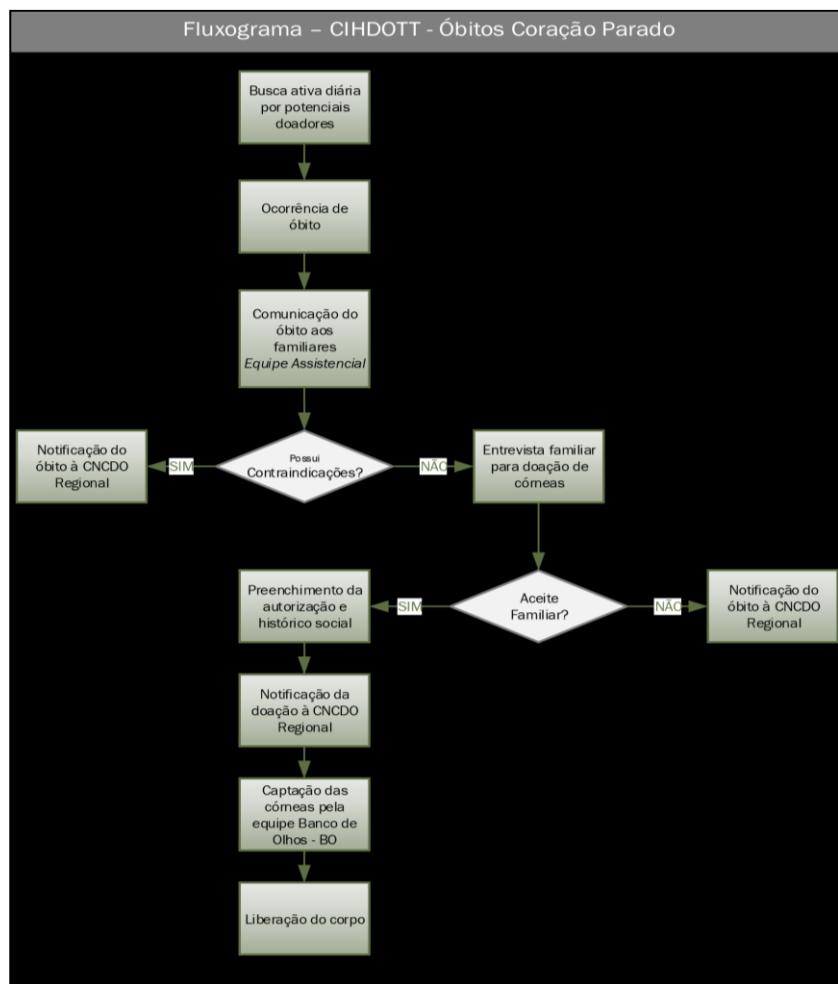
Em caso de doador com morte encefálica, também é utilizada uma nomenclatura específica, necessária para o entendimento do processo. Chamamos de **possível doador** aquele que apresenta lesão encefálica grave e que está em uso de ventilação mecânica (método de suporte para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada); o **potencial doador** é aquele indivíduo em que a suspeita de ME já foi confirmada por intermédio da realização do primeiro exame clínico do protocolo de ME; chamamos de **elegível para a doação** aquele indivíduo no qual já foi diagnosticado ME e que não tem contraindicações para doação; **doador efetivo** é aquele em que já foi iniciada a cirurgia de captação de órgãos; e, por fim, o **doador com órgãos transplantados**, no qual ao menos um órgão removido tenha sido transplantado (WESTPHAL, 2016).

Qualquer pessoa capaz pode se dispor de tecidos, órgãos e partes do corpo humano para doação em vida, para fins terapêuticos ou para transplantes. O **doador vivo** só poderá se dispor de órgãos duplos ou partes de órgãos e tecidos, desde que tal retirada não comprometa suas funções vitais e aptidões físicas ou mentais e nem provoque deformação. Poderá ser um doador vivo quando se tratar de cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau; quando não houver vínculo familiar, a doação somente será permitida mediante autorização judicial (BRASIL, 1997; BRASIL, 2001).

O fluxo que envolve **doadores falecidos** é mais complexo. Trata-se de dois fluxos distintos: **doador de coração parado e doador em morte encefálica**. No **doador de coração parado**, podemos efetivar a doação de vários tecidos, dentre eles, córneas, esclera, pele,

ossos, cartilagens, tendões, meniscos, fáscia muscular, válvulas cardíacas e vasos sanguíneos. Cada tipo de tecido depende de um Banco específico para sua captação e preservação. No HC da UFU, nosso campo de pesquisa em questão, existe apenas o Banco de Olhos. Devido à essa particularidade, nos aterremos apenas ao fluxo de doação das córneas, conforme a FIGURA 2. O profissional da CIHDOTT ou OPO receberá a notificação do óbito. Os dados como horário do óbito, idade e causa da morte são indispesáveis para identificar os critérios condicionantes para doação. São várias as contraindicações para córneas (QUADROS 2 e 3); a família só será consultada quanto à vontade de doar caso não seja um caso contraindicado. Podem autorizar a doação de tecidos os seguintes familiares: cônjuge legalmente casado ou companheiro(a); parentes até primeiro grau linha reta (pais/ filhos/ avós/ netos) ou parentes de 2º grau linha colateral (irmãos); em caso de doador menor de idade, ambos os pais deverão assinar (BRASIL, 2009; BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

Figura 2 – Brasil: Fluxograma sobre o processo de doação de tecidos (córneas), 2017



Fonte: BRASIL, 2009. Org. Ana Rita Barreto Bernardes, 2017.

Quadro 2 – Brasil: Contraindicações relativas para doação de córneas, 2017

CONTRA INDICAÇÕES RELATIVAS	
1.	Sinais físicos que sugiram risco de doenças malignas ou DSTs: Lesões de pele ou mucosas; cicatrizes ou incisões cirúrgicas; icterícia; hepatomegalia; linfadenopatia difusa.
2.	Infecção local não controlada;
3.	Doença crônica, sistêmica ou autoimune que prejudicam qualidade dos tecidos;
4.	Avaliação da história do doador em relação à viagens e doenças infecciosas locais;
5.	Ingestão ou exposição a substâncias tóxicas nos últimos 12 meses;
6.	Historia de vacinação;
7.	Testes anti-citomegalovírus (IgG) e anti-toxoplasma (IgG) reagentes

Fonte: BRASIL, 2015. Org. Ana Rita Barreto Bernardes, 2017.

Quadro 3 – Brasil: Contraindicações absolutas para doação de córneas, 2017

CONTRA INDICAÇÕES ABSOLUTAS:	
1.	Causa da morte indeterminada;
2.	Doença ou historia de doença de etiologia desconhecida;
3.	Doenças malignas, como retinoblastoma, neoplasias hematológicas e tumores malignos no segmento anterior do olho;
4.	Doenças causadas por príons: Creutzfeldt-Jakob; demência progressiva rápida ou doenças neurodegenerativas; pessoas tratadas com hormônio de crescimento de origem humana; receptores de transplantes de córneas, esclera e dura mater;
5.	Pessoas submetidas a transplante de órgãos;
6.	Pessoas que fizeram uso terapêutico de tecidos nos últimos 12 meses;
7.	Infecção sistêmica não controlada;
8.	Sorologia reagente, com exceção de citomegalovírus e toxoplasmose (IgG);
9.	Hemodiluição superior a 50%;
CONTRA INDICAÇÕES ABSOLUTAS:	
10.	Tratamento com agentes imunossupressores;
11.	Pessoas submetidas ao xenotransplantes;
12.	Síndrome de Reye, raiva e rubéola congênita;
13.	Historia, dados clínicos ou presença de fatores de risco de transmissão do vírus HIV 1 e 2, hepatite B, hep. C e HTLV 1 e 2;
14.	Presença de piercing, tatuagem ou maquiagem definitiva (12 meses para procedimentos sem condições de segurança e 6 meses para procedimentos seguros)
15.	Uso de drogas injetáveis ilícitas ou presença, no corpo do doador, de lesões puntiformes sugestivas;
16.	Prática sexual de risco, nos últimos 12 meses: - sexo em troca de dinheiro ou de drogas ou seus respectivos parceiros sexuais; - vítimas de violência sexual ou seus respectivos parceiros sexuais; - indivíduos do sexo masculino que tiveram relações sexuais com outros indivíduos do mesmo sexo ou as parceiras sexuais destes; - relação sexual com portador de HIV, HBV, HCV ou outra infecção de transmissão sexual e sanguínea ou os parceiros destes; - parceiros sexuais de pacientes em programa de terapia renal substitutiva e de pacientes com historia de transfusão de hemocomponentes ou hemoderivados; - histórico de encarceramento ou de confinamento obrigatório não domiciliar superior a 72 horas, ou seus parceiros sexuais.

Fonte: BRASIL, 2015. Org. Ana Rita Barreto Bernardes, 2017.

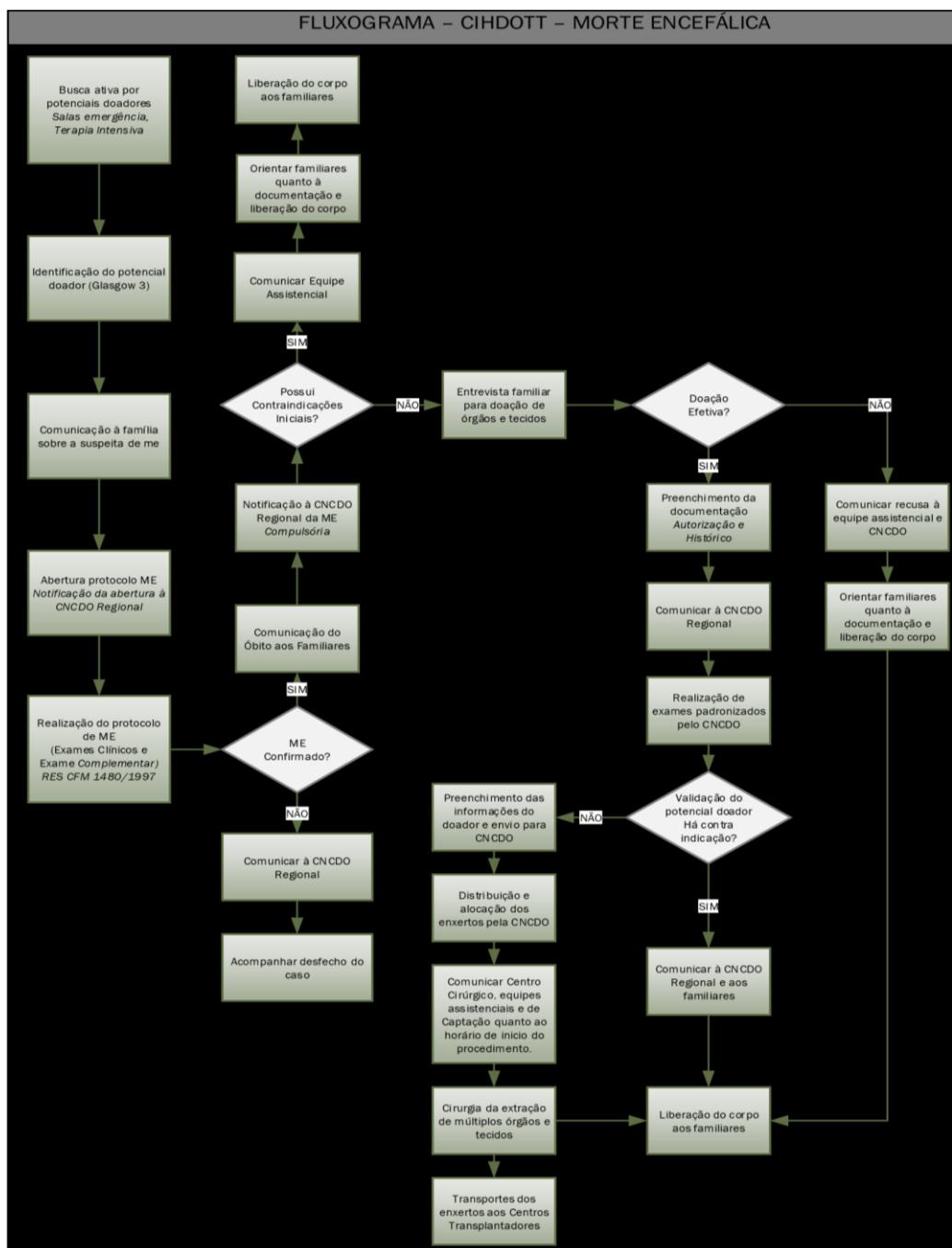
Já o **doador em morte encefálica** poderá doar diversos órgãos e tecidos, conforme descrito anteriormente. Este processo, como podemos acompanhar pela FIGURA 3, a seguir, inicia-se com a identificação do possível doador, ou seja, um paciente com critérios clínicos compatíveis com morte encefálica. A identificação e manutenção precoce do possível doador refletem de forma significativa na qualidade dos órgãos que poderão ser doados. Pacientes com diagnóstico neurológico grave irreversível, apresentando pupilas fixas e bilaterais, com Escala de Coma Glasgow igual a 03, deverão ser considerados em alto grau de suspeita de diagnóstico de morte encefálica. Dentre os principais diagnósticos de neurológicos graves, podemos citar: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) e Anóxia Pós Parada (WESTPHAL, 2016; PEREIRA, 2009).

Antes de iniciar o protocolo, é necessário descartar causas reversíveis de coma capazes de mimetizar a ME, tais como ausência de hipotermia; ausência de choque; descartar possibilidade de intoxicação por drogas; correção de distúrbios metabólicos e ausência de drogas depressoras do sistema nervoso central. Estes pacientes devem ter manutenção adequada, pois apresentam alterações endócrinas, metabólicas e cardiovasculares importantes. Mediante todos esses cuidados, caso o paciente mantenha todos os critérios de ME, o protocolo poderá ser iniciado. Os familiares deverão ser informados sobre a abertura do protocolo de ME e deverão ser esclarecidos sobre todo o processo de diagnóstico (AMIB, 2011; BRASIL, 2009).

O protocolo de ME vigente foi regulamentado por meio da Resolução nº. 2173/2017, pelo Conselho Federal de Medicina, no qual determina os critérios adotados para o seu diagnóstico. A ME deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida; será caracterizada por meio da realização de exames clínicos e exame complementar durante intervalos de tempo que variam conforme a faixa etária (QUADRO 4). Todos os exames realizados para o diagnóstico de ME devem ser devidamente registrados e assinados no Termo de Declaração de Morte Encefálica. Os exames clínicos deverão ser realizados por 2 médicos distintos, sendo obrigatório que sejam previamente capacitados para tal diagnóstico. Serão considerados especificamente capacitados os médicos com experiência no atendimento de pacientes em coma e que tenham acompanhado ou realizado pelo menos 10 determinações de ME ou que tenham curso de capacitação para determinação em ME, conforme indica a Resolução nº. 2173/2017. Um dos médicos especificamente capacitados deverá ser especialista em medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, neurologia, neurologia pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência (CFM, 2017).

Os exames complementares devem ser realizados após o 1º exame clínico ou após o 2º exame clínico, e deve demonstrar de forma inequívoca: ausência de atividade elétrica cerebral; ou ausência de atividade metabólica cerebral; ou ausência de perfusão sanguínea cerebral (CFM, 2017).

Figura 3 – Brasil: Fluxograma sobre o processo de doação de múltiplos órgãos e tecidos para transplantes, 2017.



Fonte: BRASIL, 2009. Org. Ana Rita Barreto Bernardes, 2017.

Quadro 4 – Brasil: Intervalo de tempo entre exames clínicos do protocolo de morte encefálica, 2017

IDADE	PERÍODO OBSERVAÇÃO
7 dias (recém-nato à termo) até 2 meses incompletos	24 horas
De 2 a 24 meses incompletos	12 horas
Mais de 24 meses	01 hora

Fonte: CFM, 2017. Org. Ana Rita Barreto Bernardes, 2017.

Iniciado o protocolo de ME, ou seja, a realização do 1º exame clínico, o profissional da CIHDOTT e/ou OPO deverá notificar a suspeita à CNCDO. A partir desse momento, o potencial doador será acompanhado, além da equipe assistencial, também pela equipe da CIHDOTT e/ou OPO (FIGURA 3). Concluído o diagnóstico da morte encefálica, a equipe da CIHDOTT e/ou OPO irá avaliar se o mesmo poderá ser um doador elegível. Constituem como contraindicações absolutas para doação de múltiplos órgãos: tumores malignos, com exceção de alguns tumores primitivos do sistema nervoso central, carcinoma *in situ* de colo uterino e carcinomas basocelulares de pele; sorologia positiva ou indeterminada para o vírus da imunodeficiência humana e vírus linfotrópico da célula humana I e II; choque séptico por bactérias multirresistentes; infecções sistêmicas por vírus e fungos; e tuberculose em atividade. Constatada a ausência de contraindicações absolutas, os familiares ou responsáveis pelo doador elegível serão entrevistados para a possibilidade da doação de órgãos e tecidos para transplantes (BRASIL, 2009; NORONHA *et al.*, 2012; AGUIAR *et al.*, 2010).

Dentre os diversos motivos que influenciam na doação ou não de órgãos e tecidos para transplantes, destacamos a parada cardiorrespiratória, a não identificação do potencial doador pela equipe médica e assistencial, contraindicações e crenças religiosas. Além de todo esse contexto, a negativa familiar surge também como um grande impasse no processo de doação de órgãos e tecidos. Dentre os motivos mais frequentes de recusa, destacam-se a oposição do próprio paciente em vida à doação, o apego da família ao corpo, não aceitação e não compreensão do processo de morte encefálica, ansiedade perante a morte, incapacidade de tomada de decisão frente a notícia da morte, receio de mutilação do corpo, crenças populares e religiosas, e até mesmo insensibilidade dos profissionais de saúde frente à hospitalização (PERUCHI; BOUSSO, 2007; MORAES *et al.*, 2009; CINQUE; BIANCHI, 2010a; TEIXEIRA; GONÇALVES; SILVA, 2012; DALBEM; CAREGNATO, 2010; CINQUE; BIANCHI, 2010b).

Os familiares apenas serão abordados para doação de múltiplos órgãos e tecidos após entenderem claramente o conceito de morte de seu ente querido. Sendo assim, após o

estabelecimento do diagnóstico de ME e a conscientização da família, será realizada a entrevista familiar. A doação de múltiplos órgãos e tecidos poderá ser autorizada pelos mesmos familiares autorizados para a doação de tecidos, conforme descrito anteriormente. (BRASIL, 2009; MOURA; SILVA, 2014; BRASIL, 2001). Caso haja recusa familiar, a equipe da CIHDOTT e/ou OPO irá dar apoio à família e irá notificar a ocorrência à CNCDO. O profissional médico está autorizado a suspender os suportes artificiais e o corpo será liberado para o funeral. O CFM recomenda a participação da família na decisão (CFM, 2007; BRASIL, 2009; CFM, 2017).

Caso haja autorização para doação de múltiplos órgãos e tecidos, os familiares responsáveis irão assinar um termo de autorização e o profissional da CIHDOTT e/ou OPO coletará uma série de informações relativas ao histórico social do doador. São coletados vários exames laboratoriais e de imagem para confirmar a viabilidade do doador. A CIHDOTT e/ou OPO repassará à CNCDO todas as informações pertinentes sobre o doador, como os exames laboratoriais, dados antropométricos, dados clínicos, histórico social, dentre outros. A CNCDO, de posse de todos os dados do doador, dará sequência ao processo de oferta de múltiplos órgãos e tecidos, por meio das listas de receptores, e identificará as equipes correspondentes para a retirada. Depois de confirmada toda a logística da captação, a CNCDO repassará à CIHDOTT e/ou OPO: horário de início da retirada, quais equipes irão captar, as orientações e necessidades de materiais para a cirurgia de extração e a preparação do doador. A CIHDOTT e/ou OPO organizará todo o processo de captação e liberação do corpo e informará a família sobre todas as etapas do processo de doação. O corpo será liberado para a família logo após o término da captação, condignamente recomposto, à qual são dadas as devidas condolências (MOURA; SILVA, 2014; PEREIRA, 2009).

2.4 CIHDOTT: principais atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional

As CIHDOTT passaram a ser obrigatórias em 2005, por meio da Portaria n.º 1.752, que estabeleceu a constituição das CIHDOTT em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Mediante tal portaria, essas comissões deveriam ser compostas por no mínimo três profissionais, sendo que o coordenador deveria ter participado do Curso de Formação de Coordenadores Intra-hospitalares de Transplantes oferecido pelo Estado (BRASIL, 2005).

Em 2006, foi publicada a Portaria nº. 1.262/2006, que aprovou o Regulamento Técnico relativo às CIHDOTT, para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos. Porém, com a publicação da Portaria nº. 2.600 em 2009, que aprovou o novo Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, e revogou a Portaria n. º1.262/2006, as CIHDOTT foram descritas em nova classificação, diferenciando-as de acordo com o perfil hospitalar. Passaram então a ser classificadas em três tipos: tipo I, estabelecimentos com até 200 óbitos por ano e leitos para assistência respiratória; tipo II, estabelecimentos com referência para trauma e/ou neurologia, com menos de 1.000 óbitos por ano ou estabelecimento não oncológico com 200 a 1.000 óbitos por ano; e tipo III, estabelecimento não oncológico com mais de 1.000 óbitos por ano ou estabelecimento com pelo menos um programa de transplante de órgãos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009).

Segundo a Portaria nº. 2.600/2009, a CIHDOTT deve ser instituída pela direção de cada estabelecimento, por meio de ato formal, e deve ser composta por no mínimo três profissionais. As CIHDOTT de tipo II e III devem ter um coordenador com carga horária mínima de 20 horas exclusivas à comissão, sendo que no tipo III, obrigatoriamente, o coordenador deve ser um profissional médico. As comissões devem publicar Regimento Interno Próprio e promover reuniões periódicas registradas em ata (BRASIL, 2009).

São várias as atribuições das CIHDOTT no processo de doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos. Dentre as principais atribuições, podemos citar: organização do protocolo assistencial de doação de órgãos dentro do estabelecimento de saúde; criação de rotinas para oferecer a possibilidade da doação de córneas; articulação junto às equipes médicas do hospital, a fim de identificar potenciais doadores e estimular sua manutenção; assegurar que o processo de diagnóstico de ME seja ágil e eficiente, dentro dos parâmetros éticos; viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica; notificação de todos os casos de morte encefálica da instituição à CNCDO, inclusive dos casos contra indicados para doação; notificação de todos os casos de óbitos de coração parado da instituição à CNCDO; organizar o acolhimento às famílias doadoras durante todo o processo de doação; agilizar o processo de necropsia dos doadores, em parceria com os respectivos IML e SVO; organizar o processo de doação e captação em conjunto com as CNCDO, OPO e banco de tecidos; organizar arquivos com os documentos relativos ao doador e enviar cópia à CNCDO; capacitação do setor responsável na instituição por arquivar o prontuário legal do doador, a fim de validação do doador; promover educação permanente dos funcionários da instituição

acerca do acolhimento da família e sobre todo o processo de doação e transplantes; enviar mensalmente os relatórios à CNCDO; acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição; implementar programa de boas práticas relativas às atividades que envolvem doação e transplantes; registro em Ata de todos os processos de doação da CIHDOTT (BRASIL, 2009).

A CIHDOTT tem um papel imprescindível no processo de doação e captação de órgãos e tecidos. É fundamental que os membros da comissão estejam aptos ao processo envolvido e que sejam preparados para o acolhimento às famílias; estarão envolvidos em todo o processo, desde a identificação do óbito até a liberação do corpo para sepultamento.

A CIHDOTT HCU é classificada como tipo III, por se tratar de um hospital transplantador e por registrar uma média superior a 1.000 óbitos por ano. Nossa campo de pesquisa em questão atende a todas as determinações exigidas pela legislação vigente e cumpre com todas as atividades atribuídas a tal comissão. Composta por uma equipe multiprofissional, ela assume um papel de extrema importância em todo o contexto de doação, captação e transplante dentro do HCU.

Neste ponto, cabe a pergunta: Como se configura a organização do processo de trabalho na CIHDOTT HCU?

CAPÍTULO 3

3. Aspectos da organização e do processo de trabalho na CIHDOTT HCU

Como vimos no primeiro capítulo, a organização do trabalho é extremamente importante quando se avalia a saúde dos trabalhadores, referindo-se, por um lado, a divisão das tarefas que é relativa ao modo operacional, ao trabalho prescrito, o que atinge diretamente a motivação no trabalho; e, por outro lado, a divisão das pessoas que se refere às relações interpessoais, às questões de hierarquia e do poder, atingindo os aspectos da dominação no trabalho. É por meio da organização do trabalho que derivam os riscos para a saúde mental, assim como também trazem elementos que desencadeiam o desgaste dos trabalhadores. As chamadas “organizações de trabalho perigosas” são aquelas que atacam o funcionamento mental, ferindo o desejo do trabalhador; podem provocar desde perturbações até doenças mentais e físicas. Porém, há organizações do trabalho que conseguem atingir um ponto de equilíbrio, sendo favoráveis à saúde dos trabalhadores. Este tipo de organização geralmente é bastante flexível, podendo adaptar o trabalho às suas necessidades, aos seus desejos e ao seu estado de espírito, sendo, portanto, fonte de saúde. Dessa forma, podemos pensar que, se o trabalho em si não é nocivo à saúde, o que o torna danoso é a forma como é organizado pelo próprio homem (DEJOURS, 1986; SATO, 2002).

Lembremos que a proposta desta pesquisa é examinar a organização do processo de trabalho da equipe de doação de órgãos e tecidos para transplantes do HCU, procurando investigar se há desgaste mental do trabalhador envolvido neste processo e a partir dos achados obtidos, se necessário, propor o replanejamento do trabalho.

3.1 Considerações metodológicas

Este trabalho se trata de uma pesquisa exploratória de base qualitativa no campo da Saúde do Trabalhador, em que o material selecionado para o estudo foi submetido à análise de conteúdo temática (BARDIN, 2009; MINAYO, 2009), e remetido à categoria teórica de desgaste mental relacionado ao trabalho que, segundo Seligmann-Silva (2011), pode ser

caracterizado em 3 níveis: 1) desgaste literal: desgaste orgânico, relativo a quadros clínicos como dano cerebral; 2) desgaste funcional: relativo a variações do mal-estar como a fadiga mental e física; e 3) desgaste da subjetividade: quando a identidade do trabalhador é afetada por meio do ataque aos valores e ao caráter.

A pesquisa foi realizada no HCU com trabalhadores da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes do Hospital de Clínicas de Uberlândia (CIHDOTT HCU). O HCU é um hospital de ensino público, com 525 leitos. Oferece atendimento de média e alta complexidade, e o atendimento é 100% financiado pelo SUS. É hospital de referência para uma região aproximada de 1.200.000 habitantes. Descreveremos mais adiante toda a estrutura deste hospital.

A equipe estudada é multiprofissional, composta por três trabalhadores envolvidos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, amostra esta constituída pelo gênero feminino em sua totalidade, abrangendo a faixa etária de 29 a 39 anos de idade. Quanto ao estado civil, duas possuem união matrimonial e uma é solteira; e quanto à religião, uma é católica, uma é espírita e outra relatou não ter religião. Todas atuam na área da saúde há mais de 5 anos, e uma delas está na área de doação e transplantes há 15 anos. O setor funciona com a equipe mínima exigida pela Portaria nº. 2600, de 2009.

Duas trabalhadoras realizam carga horária de 40 horas semanais e uma tem carga horária de 20 horas semanais. Apenas uma entrevistada possui outro vínculo de trabalho, um serviço de pronto atendimento, com carga horária adicional de 20 horas semanais aproximadamente. Dessa forma, levando em consideração a dupla jornada de trabalho apresentada pelo gênero feminino, no qual além do trabalho institucional, também desempenham funções em seus domicílios, podemos afirmar que duas trabalhadoras desempenham dupla jornada de trabalho e a outra, tripla jornada de trabalho, por manter dois vínculos empregatícios. Segundo Seligmann-Silva (2011), diversos estudos no Brasil na temática sobre o trabalho feminino indicam presença de exploração, discriminação, repressão, desrespeito e humilhação, representando assim importantes fontes de tensão.

Foram incluídos na amostra os trabalhadores de nível superior e técnico da CIHDOTT HCU, que concordaram em participar da pesquisa, e excluídos da amostra aqueles que se recusaram a participar. Todos que concordaram com os instrumentos de pesquisa adotados, responderam ao questionário que caracteriza a mão-de-obra estudada, assim como se submeteram a entrevista semiestruturada e foram observados durante a rotina do trabalho.

Em consonância com a Resolução nº. 466/2012/CNS, que normatiza as pesquisas com seres humanos, a proposta foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da UFU, e os sujeitos somente foram entrevistados e observados após a aprovação do projeto pelo CEP e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (APÊNDICE 1). Desse modo, no procedimento de trabalho da pesquisa, que se dividiu em três etapas para obtenção do material a ser examinado, depois de realizada a primeira etapa relativa ao levantamento bibliográfico¹, executamos: observação-participante, aplicação de questionário e realização de entrevista individual.

As observações participantes foram feitas no ambiente de trabalho, tendo como instrumento o registro de campo, com o intuito de fazer uma aproximação com o processo produtivo destes trabalhadores. A observação participante é essencial à pesquisa qualitativa, uma vez que permite a compreensão da realidade do contexto de trabalho, compreendido aqui como o ambiente, as condições de trabalho e o processo produtivo. Foi utilizada nesta pesquisa a observação descritiva, aquela que, segundo Minayo (2009, 2014) ocorre de forma livre, porém sempre focada nos objetivos da pesquisa. O diário foi utilizado para registros, em especial do processo produtivo, ambiente e condições de trabalho.

E por fim, foram realizadas a aplicação de questionário e a entrevista individual. Ambos os instrumentos de coleta (APÊNDICES 2 e 3) foram aplicados e realizados junto aos sujeitos da pesquisa em local (sala) previamente reservado pelas pesquisadoras, dentro do HCU, visando garantir a privacidade das informações e do entrevistado. Cabe esclarecer que não houve relação hierárquica entre entrevistador e entrevistado. As entrevistas foram gravadas, posteriormente, transcritas, mediante autorização dos trabalhadores. Os nomes escolhidos para os entrevistados foram fictícios, a fim de não identificar a amostra: Rogéria, Valéria e Camille.

O material obtido foi submetido à análise temática, operacionalizada em três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados.

A pré-análise consistiu na leitura atenta e detalhada de todo o material selecionado e que permitiu levantar a hipótese inicial de que *o modo como está organizado o processo de trabalho da CIHDOTT HCU leva ao desgaste mental dos trabalhadores*, necessária à análise do material conduzida pelos conceitos teóricos indicados. Com isso, foi possível determinar as seguintes categorias temáticas: *jornada de trabalho, processo de trabalho, condições e organização do trabalho, relacionamento interpessoal, sofrimento e prazer no trabalho*.

¹ Vide Introdução.

Na segunda etapa, a exploração do material consistiu em dividir os trechos do material, segundo as categorias temáticas determinadas na etapa anterior; procuramos realizar uma leitura dialogada com o material teórico trabalhado, de modo a nomear núcleos de sentido a serem analisados com relação à hipótese, para buscar temáticas mais amplas no contexto dos núcleos de sentido, elaborando redação por temas mais abrangentes criados a partir das categorias temáticas.

Por fim, o tratamento dos resultados, em que os temas redigidos foram remetidos aos objetivos da pesquisa e hipótese, por meio de análise interpretativa e remetida à categoria teórica de desgaste mental relacionado ao trabalho de Edith Seligmann-Silva (2011). Desse modo, os resultados foram colocados em interlocução com autores do campo Saúde do Trabalhador e da Saúde Mental Relacionado ao Trabalho, assim como da Sociologia que tratam da temática das relações entre trabalho, subjetividade e saúde, em especial, sofrimento mental e desgaste do trabalhador.

A partir da observação-participante e das entrevistas, foi possível descrever o processo de trabalho, assim como o ambiente, as condições e a organização do trabalho, o que permitiu obter maiores detalhes de todo o contexto do trabalho e identificar os riscos e potenciais agravos à saúde destes trabalhadores, assim como apontar fatores de desgaste mental. O presente capítulo tem como finalidade a discussão da organização do processo de trabalho investigado na CIHDOTT HCU.

3.2 Descrição do ambiente de trabalho

O HCU é uma unidade hospitalar de média e alta complexidade. Oferece atendimentos de urgência e emergência, ambulatorial, cirúrgico e internação. Possui 525 leitos e mais de 50 mil m² de área construída. Maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em Minas Gerais, e terceiro no ranking dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC); é referência para 86 municípios da macro e microrregiões do Triângulo Norte. Construído como unidade de ensino para o ciclo profissionalizante do curso de Medicina da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia, foi inaugurado em 26 de agosto de 1970.

O hospital dispõe de uma estrutura física com 4 andares, piso térreo e subsolo. A unidade ambulatorial e o setor de ressonância magnética se encontram na parte externa ao hospital, ao lado da portaria principal de acesso. Também externo ao hospital, no fundo, estão

os setores de almoxarifado e bioengenharia. Para melhor elucidação da estrutura física, descreveremos a localização dos principais setores nos quais a CIHDOTT HCU atua. No subsolo estão concentrados os setores de exames, que recebem pacientes internados e externos, como: endoscopia, arteriografia, raio X, tomografia, mamografia, ultrassom, *doppler*, eletroencefalograma, eletrocardiograma, ecocardiograma, dentre outros exames disponíveis.

No piso térreo está localizada a maior parte dos setores, dentre eles: restaurante universitário dos funcionários e acompanhantes (RU), alojamento médico, laboratório de exames biológicos, setores administrativos, setor de altas e óbitos, pronto socorro, o Banco de Olhos e o setor de Transplante Renal, o centro obstétrico, a UTI Neonatal e Berçário, farmácia, setor de patologia/IML e a maioria dos setores de internação. No primeiro andar ficam o centro cirúrgico, o serviço social, alguns setores administrativos, alguns setores de internação clínica e cirúrgica, UTI Coronariana, laboratório de patologia, setor de Queimados e a CIHDOTT.

Entre o primeiro e o segundo andares existe um pavimento não utilizado, que não contabilizamos no presente estudo, uma vez que não tem acesso de funcionários e pacientes. No segundo andar temos mais setores de internação clínica e cirúrgica, a UTI Pediátrica e a Central de Materiais Esterilizados. O setor de Clínica Médica está locado no terceiro andar e a UTI Adulto no quarto andar. O acesso aos andares se dá por meio de escadas com dois lances por andar e elevadores. O térreo é um andar muito extenso e também tem acessos via rampa.

O setor da CIHDOTT que fica no primeiro andar, conforme já descrito, está localizado ao fim de um corredor extenso (por volta de 25 metros), junto a diversas salas administrativas e de exames, ao lado do Setor de Queimados e a uma distância de aproximadamente 30 metros dos elevadores disponíveis. A CIHDOTT tem aproximadamente 5m² de área, composta por uma sala e um banheiro. A sala possui seis janelas grandes, com ventilação natural, porém insuficiente, já que em dias de calor é necessário o uso de ventilador. A iluminação é natural e artificial por meio de lâmpadas fluorescentes, sem contenção contra quedas, *o que configura irregularidade e risco de acidentes*. Como recursos materiais, a sala dispõe de: telefone fixo, Internet, duas mesas de escritório retas de um metro e meio com uma cadeira cada uma, uma mesa redonda de 1,5 m de diâmetro com 6 cadeiras, dois armários de 2 portas de 1,60 metros de altura por 1,0 metro de largura, dois arquivos de pasta suspensa de 1 metro de altura por 0,70 metros de largura, dois computadores e um *scanner*, que ficam nas

mesas de escritório. Não dispõe de impressora. O setor utiliza a impressora central, localizada no térreo.

A CIHDOTT possui também um banheiro, unissex, sem janela, apenas com uma tela vazada no teto para ventilação do ar para o telhado. O banheiro dispõe de lixeira com pedal, papel toalha para enxugar as mãos, sabão líquido e tampa no vaso sanitário. O setor não possui área para descanso e para alimentação. Quando necessário o descanso, em período noturno, o trabalhador pode utilizar o alojamento médico situado no piso térreo. A alimentação é realizada no RU, também localizado no térreo. Há disponível um bebedouro no corredor da CIHDOTT.

3.3 Sobre a jornada de trabalho da CIHDOTT HCU

A CIHDOTT HCU funciona 24 horas, todos os dias da semana, de forma ininterrupta, uma vez que o óbito pode acontecer a qualquer momento e a possibilidade de doação é imprevisível. Mesmo cumprindo com a legislação vigente, Portaria nº. 2600/2009, que prevê que a CIHDOTT deve ter o quadro de mínimo de três trabalhadores, sendo um deles nomeado como coordenador, o estudo demonstrou que não é possível cobrir a escala de trabalho com a carga horária normal de 20 ou 40 horas semanais. O componente que cumpre 20 horas semanais exerce a função de coordenação do setor. Os demais, com carga horária normal de 40 horas semanais cada, cumprem escala de 12 horas por dia, das 7 às 19 horas, todos os dias da semana. Dessa forma, a carga horária normal de trabalho não cobre as 24 horas de funcionamento do setor, não sendo possível a cobertura do período noturno e do período diurno de alguns finais de semana e feriados. Tal situação se complica ainda mais quando um dos trabalhadores goza de licença ou férias porque não são substituídos.

Seligamnn-Silva (1992) mostra que o trabalho tem uma estrutura temporal que abrange diferentes aspectos ligados ao tempo, como: a duração das jornadas, sua distribuição em períodos diurnos e noturnos e a organização de turnos; distribuição das folgas; pausas; flexibilidade ou prescrição rígida dos ritmos; pressões de tempo referentes ao desempenho das etapas nas rotinas de trabalho. A autora ressalta que vários estudos comprovam a nocividade que o regime de trabalho em turnos alternados, ou turnos de revezamento causam para a saúde, em especial, para saúde mental, afetando a fisiologia neuroendócrina e digestiva do trabalhador.

Desde 2013, data da criação da comissão CIHDOTT HCU, são realizados plantões extras remunerados, com carga horária de 12 horas, tanto presenciais como a distância, com o objetivo de garantir os períodos em que o setor não consegue cobertura com a carga horária normal: os finais de semana e feriados no turno do dia (das 7 às 19 horas) e os noturnos da semana (das 19 às 7 horas). Porém, esta quantidade de plantões extras remunerados é limitada, porque o hospital libera apenas plantões suficientes para cobrir os fins de semana e feriados no período do dia e apenas dois plantões para cobertura do noturno. Os demais dias ficam descobertos, ou seja, cinco noites por semana ficam sem cobertura remunerada. Dessa forma, não havendo plantonista remunerado, o trabalhador permanece além de sua jornada normal de trabalho, tanto no hospital, quanto em casa, quando ocorre doação de córneas ou de múltiplos órgãos. A preocupação do trabalhador é manter em funcionamento o serviço, mesmo sem escala remunerada, como se pode observar no relato de Rogéria: “*Acaba que a gente passa o plantão por telefone, se a outra está pegando o plantão naquele dia, eu vou pra minha casa, eu não estou de plantão, mas, mesmo assim eu estou no telefone, atendendo, eu estou falando com a equipe, eu estou falando com a família.*”

A fala demonstra a preocupação da entrevistada na continuidade do serviço, que acaba utilizando de meios particulares (telefone próprio) para manter o serviço em funcionamento. Característica do trabalho na atualidade que invade a vida pessoal do trabalhador, estendendo sua jornada de trabalho (ANTUNES, 2004); nota-se a clara substituição do trabalhador herdeiro do fordismo, fortemente especializado, pelo trabalhador da era toyotista, que são polivalentes e multifuncionais. O mundo do trabalho tem sofrido diversas mudanças estruturais, impondo novas relações de trabalho, novos mecanismos de gestão, reestruturação do processo produtivo e ainda a inserção de novos ‘perfis’ profissionais. Com isso, como consequência, surgem as flexibilizações, a subcontratação, a perda dos direitos sociais e consequentemente, a precarização do trabalho (SANTANA *et al.*, 2013), aspectos encontrados na organização do trabalho da equipe de doação de órgãos e tecidos.

A extensão da carga horária além do horário normal de trabalho, nos turnos noturnos sem cobertura remunerada, quando cumprida de corpo presente no hospital, é computada em forma de ‘banco de horas’. Essas horas são registradas como horas extras e retiradas em outro dia de trabalho, determinado pelo hospital, conforme mostra o trecho: “*No plantão voluntário, eu fico a disposição do hospital caso tenha alguma doação de órgãos e, dependendo do andamento da doação, é possível trabalhar na minha casa. Mas se tiver que*

abordar família, montar o processo, solicitar exames, eu preciso ficar presencialmente no hospital (Rogéria)".

A respeito da ‘flexibilização’ do trabalho, Antunes (2008) traz o contexto das novas características do trabalho na atualidade, demonstrando claramente as formas perversas de gestão. O autor cita diversas modalidades de “flexibilização” do trabalho, que desencadeiam na sua precarização, dentre elas as flexibilizações salariais, de jornadas de trabalho, funcionais ou organizativas. Observamos através dos relatos a elucidação de uma das modalidades, referente a flexibilização da jornada de trabalho. O autor relata que esta flexibilização passa a ser entendida como ‘liberdade da empresa’ para reduzir o horário de trabalho ou de recorrer a mais horas de trabalho, assim como também a possibilidade de subdividir a jornada de trabalho em dia e semana segundo as conveniências das empresas, alterando horários e até mesmo as características do trabalho, ou seja, mudança de turno, de escala, horário flexível, segundo as necessidades do serviço. Esta demanda caracteriza, segundo o autor, uma das formas de precarização da força de trabalho, presente na CIHDOTT HCU, que leva a sobrecarga de trabalho e precarização da saúde do trabalhador (FRANCK, DRUCK, 2008; SELIGMANN-SILVA, 2011).

O *banco de horas* é um aspecto concreto gerado pela organização do processo de trabalho na CIHDOTT HCU. Este achado elucida, com clareza, a exposição desses trabalhadores ao *risco para saúde mental derivado da organização do trabalho*. Estas horas relatadas, realizadas além da jornada de trabalho sem remuneração, só poderão ser retiradas em dias que não tiver processo de doação em andamento, e não conforme a necessidade do trabalhador. O trabalhador fica disponível ao serviço, além de sua carga horária, sem garantia de quando poderá retirar estas horas extras trabalhadas.

Além das horas que extrapolam a jornada de trabalho, quando cumpridas de forma presencial, o trabalhador continua parte do processo de forma voluntária a distância em casa, nos períodos noturnos sem remuneração. Estas horas realizadas no domicílio do trabalhador não são computadas, e, portanto, não podem ser somadas no “banco de horas”, como mostram os relatos abaixo:

“Assim, as horas que fico presencial, conta como horas excedentes e depois eu posso tirar em banco de horas. Porém, para tirar essas horas, eu tenho que programar pro dia que a minha ausência não prejudique o setor. De preferência, eu tiro essas horas em um dia que tem outra pessoa cobrindo aqui. Já as horas que faço em minha casa, que são a maioria, essas eu não consigo provar que eu estava trabalhando, e aí eu não consigo acumular no banco de horas. Eu falei que essas horas são a maioria porque mesmo

“eu passando todo o processo para o MG Transplantes fazer a oferta de órgãos, eles ligam muito, o processo de oferta é demorado” (Rogéria)

“Geralmente nesses processos de doação eu consigo dormir em média de 2 a 3 horas, porque o telefone pode tocar a qualquer momento. Isso desde que começa a oferta dos órgãos até o início da cirurgia. Então eu posso receber ligações do MG Transplantes, de profissionais do centro cirúrgico, de equipes de captação, da equipe da UTI. Por isso é um processo tão desgastante ficar em casa trabalhando e às vezes até mais desgastante do que estar de forma presencial no hospital” (Rogéria)

“[...] É... fora isso, no período noturno, quando tem uma doação eu fico a disposição do trabalho, [...] E aí é até complicado porque não tem nem como eu tirar essas horas porque eu estou na minha casa né, e muitas vezes eu fico, das 19 à meia noite, das 19 à uma hora, dependendo do caso e isso depende, de como vai ser [...]” (Rogéria)

Segundo Selligmann-silva (1992; 2011), várias pesquisas e análises relacionam as situações de desgaste global que se expressam em envelhecimento precoce, como por exemplo, o trabalho em turno de revezamento, conforme observamos na pesquisa em questão, no qual o trabalhador tem jornada tanto no período diurno quanto noturno, correspondendo a um envelhecimento suplementar de 7 anos em uma vida sobre esse regime. Além disso, a autora enfatiza que as jornadas de trabalho longas, o sistema de turnos alternados, as pausas que não suficientes para o descanso, responsabilidades e pressões cotidianas confluem para o aumento da sobrecarga de trabalho e, em consequência disso, a fadiga e o desgaste ao longo dos anos de trabalho.

Sob o ponto de vista da psicanálise, esta situação demonstra uma forma de manipulação perversa, tendo em vista a coerção a negar a alteridade do outro e o dever de instrumentalizá-lo. Para Menezes (2010, p. 147), no “campo do social a dominação perversa articula uma dominação política com uma dominação do sujeito”. A autora mostra que a dominação perversa refere-se a um mecanismo de manipulação do poder que, por meio das estratégias da racionalização e extração do tempo que, na contemporaneidade, buscam desarticular as respostas do dominado (trabalhador) para sua condição de submissão, ilustrada pela preocupação do trabalhador em manter o serviço em funcionamento.

O trabalho noturno, segundo Rosa *et al.* (2007), traz consequências para a saúde do trabalhador que repercute na qualidade do sono, podendo gerar fadiga. A restrição do sono traz efeitos negativos, como redução do desempenho motor e cognitivo, alterações das atividades metabólicas, hormonais e imunológicas. Com isso, para as trabalhadoras que estendem sua jornada de trabalho sem descanso entre os turnos, observa-se declínio no

desempenho em certos momentos do dia ou da noite, *o que configura risco de acidentes de trabalho, podendo levar a erros nos processos de trabalho.*

A Lei nº. 9.601 “Controle da jornada de trabalho e banco de horas” instituiu o ‘banco de horas’ como possibilidade admissível de compensação de horas desde que autorizado por convenção ou acordo coletivo de trabalho e vale para todos os trabalhadores celetistas. Entretanto, parece não haver constitucionalidade na implantação do banco de horas na administração pública, porque os órgãos competentes para declarar tal irregularidade se manifestaram favoráveis a sua introdução; porém, o saldo de Banco de Horas, que não for gozado antes da aposentadoria, deve ser pago em pecúnia ao servidor, conforme o artigo “Regulamentação de banco de horas na Administração Pública: constitucionalidade?” de Daniel Hilário, de 11/11/2013, postado no blogdoservidorlegal.com.br. De qualquer forma, *as horas de trabalho no domicílio que não são computadas configuram irregularidade, assim como este quadro denota fator de desgaste mental no trabalho.*

Os trabalhadores dizem que à distância em casa, por vezes agendam centro cirúrgico para captação, acompanham o doador na UTI, acordam horários de cirurgia com equipe de córneas e rins, discutem casos e processos por telefone com a CNCDO estadual, dentre outras atividades inerentes para que o processo de doação e captação do doador acompanhado ocorra em sua excelência.

Quando uma família procura o HC para uma doação espontânea de córneas, por exemplo, mesmo o setor CIHDOTT com a escala descoberta, a instituição entra em contato no telefone *particular* dos membros da equipe, a fim de viabilizarem o processo de doação, caracterizando dessa forma mais um manejo perverso no processo de trabalho. Conforme as falas dos entrevistados, os mesmos sempre estão disponíveis para o setor, através do telefone particular, mesmo não estando na escala, nas 24 horas do dia, como se pode observar nos trechos abaixo:

*“Porque assim, primeiro que eu não consigo desligar. Então **desde que eu entrei na CIHDOTT, eu acordo e durmo com o celular ligado**. Então é uma coisa assim, o celular está sempre ligado, porque eu **sempre imagino que alguma coisa pode acontecer...**”* (Camille)

*“É porque às vezes assim: vamos supor, vai ter uma entrevista, a gente sabe que vai ter uma entrevista difícil, e às vezes uma das meninas está sozinha, ai eu ligo pra elas e falo: “ó, eu vou! Peraí que eu chego ai”. **Então assim, eu dou um jeito na minha casa, alguém fica com a minha nenhé, e não sei o que, e eu saio correndo e venho aqui.**”* (Camille)

“Então se você aborda uma família já no final do plantão, você tem que dar andamento em todo o processo e isso gasta tempo. Então, tendo uma doação

geralmente excede o horário de trabalho. É comum ultrapassar a carga horária.” (Valéria)

Os relatos acima revelam que as trabalhadoras ficam em estado de alerta permanente, o que indica carga psíquica e, portanto, mostra fator de desgaste mental desencadeado pela maneira como está organizado o trabalho na CIHDOTT visto que não conseguem descansar, tampouco se desligar do trabalho, *que pode levar a quadros de ansiedade e angústia, como fobias e pânico*. Além disso, colocam sua família e sua vida pessoal em segundo plano em nome de ‘manter a excelência do trabalho na CIHDOTT’, ou seja, ‘vestir a camisa da empresa’, característica do poder gerencialista, na atualidade, que como enfatiza Gaulejac (2007, p. 37 – 38; 109, grifos nossos):

(...) o poder gerencialista mobiliza a psique sobre os objetivos de produção. Ele põe em ação um conjunto de técnicas que captam os desejos e as angústias para pô-los a serviço da empresa. Ele transforma a energia libidinal em força de trabalho. Ele encerra os indivíduos em um sistema paradoxal que os leva a uma submissão livremente consentida. (...) Passa-se do controle minucioso dos corpos para a mobilização psíquica a serviço da empresa.

Observa-se também que o “papel social” da doação acaba imprimindo um peso sobre o trabalhador, que sabe que se não permanecer no trabalho além de seu horário, tal doação não será efetivada. Daí a questão do papel social, já que ele precisará se desdobrar para atingir seu objetivo, que é de salvar vidas. Tal inversão de valores, no qual o trabalhador se responsabiliza pela produção, mesmo estendendo seu horário, pode ser evidenciado no relato a seguir:

“Se 3 vezes na semana eu estava trabalhando a tarde, naqueles 3 dias, eu já não programava nada assim, ficava meio que parada, a disposição. Saia daqui a noite e se desse pra fazer alguma coisa, fazia na hora. E se não desse, eu ficava aqui no trabalho. Eu tinha que me preparar dessa forma, porque senão depois esses dias eu ficaria frustrada, quando eu tivesse que ficar no trabalho. E assim, sempre aquele peso da responsabilidade, tipo, se eu não posso, não vai ter a doação. Entendeu? Se eu não posso ficar, ou me recuso a ficar, não vai ter doação. Então esse peso da responsabilidade, tipo, se eu não posso faltar, eu não posso adoecer, porque hoje é meu dia de ficar a noite, hoje é meu dia de me doar”(Rogéria)

A convergência de tais aspectos potencializa problemas de saúde físicos e mentais, gerando sobrecarga emocional e exigindo muito mais do relacionamento interpessoal dentro e

fora das organizações (AREIAS; COMANDULE, 2006), assim como mostra que a trabalhadora procura negar a extensão da exploração de que é alvo pelo hospital.

O trabalho invade a vida do trabalhador, o que corrobora para o adoecimento. Seligmann-Silva (2011, p. 472, grifos nossos) afirma que a saúde dos trabalhadores sofre os impactos decorrentes da desregulamentação e da flexibilização do trabalho, que acabou se estabelecendo na contemporaneidade como princípio básico e afirma também que:

Flexibilidade passou a implicar mudança permanente e continuada, o que vale dizer evocar fluidez e impossibilidade de compromissos e de relações duráveis. O afrouxamento e a variabilidade ou flexibilidade das regras é que permitiram a desregulamentação dos contratos de trabalho. A injunção voltada à flexibilidade humana correspondia ao ideal da organização enxuta e flexível. Assim como a injunção da rapidez no desempenho sempre esteve associada à maximização da produtividade – o que se acentuou ainda mais no contexto contemporâneo –, desconsiderando os tempos necessários ao trabalho mental cognitivo e afetivo.

O trabalho humano tornou-se, cada vez mais, um trabalho dominante mente mental. Porém o cansaço mental do trabalho intelectual intensificado e a exaustão emocional foram igualmente ignorados nas reestruturações. Esse menosprezo tem ocorrido tanto na indústria quanto nos demais setores, e de modo preocupante na prestação de serviços – *o que poderia ser detalhado se houvesse tempo para examinar as pressões impostas a professores e profissionais de saúde que estão muitas vezes submetidos à precarização dos contratos de trabalho, das condições de trabalho e, simultaneamente, expostos a formas de violência intimamente articuladas à precarização social.*

Como sugere a autora, estamos examinando as pressões do trabalho impostas a estes profissionais de saúde submetidos à precarização do trabalho, fruto da reestruturação produtiva em tempos atuais. A partir do afrouxamento das relações sociais e das flexibilizações, como as que recaem sobre a jornada de trabalho, por exemplo, resultou na criação dos citados ‘banco de horas’, assim como as mudanças constantes de critérios admissionais, salariais, dentre outros. Neste contexto, surge também a valorização da polivalência, como demonstrado nos relatos das trabalhadoras, abalando o reconhecimento das atividades específicas, e consequentemente, abalando o mais importante suporte de identidade e da saúde mental: o reconhecimento, tanto do próprio trabalhador como pessoa, quanto pelo trabalho por ele realizado (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Enfim, na lógica da empresa (hospital), o princípio de que a produção não pode parar (24 horas – CIHDOTT) se sobrepõe às necessidades e limites da condição humana do trabalhador de doação de órgãos e tecidos para transplantes, conduzindo a uma prática em que

a jornada de trabalho se prolonga, não ocorrem pausas adequadas, os ritmos se aceleram, aumentam a pressão e responsabilidades cotidianas, levando a sobrecarga de trabalho e ao desgaste mental.

É importante salientar que as entrevistas foram realizadas no período entre dezembro de 2016 e janeiro de 2017; entretanto, as observações-participantes da rotina de trabalho forma desempenhadas de dezembro de 2016 a dezembro de 2017. Com isso, foi possível obter a informação de que – devido as dificuldades apresentadas ao longo do funcionamento da CIHDOTT, desde julho de 2017, em caráter experimental –, a nova direção da instituição liberou uma maior quantidade de plantões extras remunerados de 12 horas, presenciais e a distância, para as cinco noites descobertas (das 19 às 7 horas), tendo apoio de 2 plantonistas externos ao setor na escala. Estes plantonistas são trabalhadores de outros setores do hospital que foram capacitados para ajudar nesta cobertura para a CIHDOTT. Contudo, apesar da inclusão de plantões extras, o setor continua sem cobertura no período noturno de alguns dias da escala de trabalho, visto que os trabalhadores não conseguem realizar a quantidade de plantões extras necessários para a cobertura plena da escala. Desse modo, como o período experimental demonstrou insuficiência na cobertura das 24 horas de funcionamento da CIHDOTT, gerando sobrecarga de trabalho, a proposta do atual diretor da instituição é incluir mais dois trabalhadores no setor, com carga horária de 40 horas semanais, a fim de cobrir o período noturno, em substituição aos plantões extras adicionais, a partir de abril de 2018.

Cabe aqui uma crítica à legislação vigente, que determina uma quantidade mínima de funcionários que é insuficiente para cobertura de 24 horas de um serviço de atendimento ao público, principalmente, quando um deles deve ter função de coordenação.

A nova reforma trabalhista, Lei nº. 13.467, de 13 de julho de 2017, regulamentou o contrato de trabalho intermitente, “no qual a prestação de serviços, com subordinação, não é contínua, ocorrendo com alternância de períodos de prestação de serviços e de inatividade, determinados em horas, dias ou meses, independentemente do tipo de atividade do empregado e do empregador”, como consta no art. 443 §3º. Desse modo, o empregado aguarda o chamado da empresa para trabalhar por determinado período (horas, dias ou meses). Este tipo de contrato, apesar de reduzir a proteção aos trabalhadores tanto por parte do Estado como dos sindicatos, aumentando a autonomia e flexibilidade para as empresas nas relações trabalhistas, seria uma das sugestões desta pesquisa para solucionar a questão da cobertura das 24 horas de funcionamento da CIHDOTT, inclusive nos meses em que os trabalhadores fazem gozo de férias ou licenças.

3.4 Delineando a organização do processo de trabalho na CIHDOTT HCU

É importante enfatizar que os três processos de trabalho descritos a seguir foram separados apenas por razões didáticas porque, na verdade, ocorrem concomitantemente. Com isso, trata-se de apenas um processo de trabalho, que dependendo do óbito (coração parado ou morte encefálica) existem etapas diferentes a serem seguidas, assim como em relação às tarefas administrativas.

3.4.1 Processo de trabalho relacionado à doação de córneas

O processo de trabalho de doação de córneas do HCU ocorre em cinco etapas: 1) busca ativa por potenciais doadores, 2) notificação de óbito, 3) validação do doador, 4) entrevista familiar e 5) doação das córneas.

3.4.1.1 Primeira etapa: busca ativa por potenciais doadores

O trabalhador chega ao hospital no início do plantão, em torno das 7 horas da manhã, e a partir daí já se inicia a busca ativa por potenciais doadores de córneas, ou seja, por óbitos de coração parado. Necessário observar que o trabalhador chega ao trabalho na expectativa se ocorreu ou não óbitos no período noturno, o que determinará o seu ritmo de trabalho naquele dia. Esta busca ativa do início de plantão é presencial nos seguintes setores: Pronto Socorro, Sala de Emergência, Sala de Trauma, Serviço Social, Setor de Altas e Óbitos e Setor de Patologia/ Instituto Médico Legal (IML). Tais setores visitados se encontram distantes uns dos outros, alguns localizados no térreo e outros no primeiro andar, sendo necessário um longo deslocamento da sala de origem (CIHDOTT) até os setores de destino, que o trabalhador faz caminhando rapidamente, o que *configura risco de acidentes por queda da própria altura e das escadas, além do risco biomecânico por movimentos repetitivos, podendo levar a lesões por esforço repetitivo e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER-DORT)*. Tal busca ativa pode ser ilustrada com a fala abaixo:

“(...) quando eu começo o plantão eu começo a busca nos setores do hospital, no setor de altas e óbitos, serviço social, no IML, na UTI, na sala de emergência, então eu faço a busca de doadores cadáver e doadores em protocolo de morte encefálica. Identificar casos possíveis pra abertura de protocolo e possíveis doadores de córneas no período das 12 horas do

plantão; aí se ocorre a doação, se existe um óbito que é possível a doação, eu faço a abordagem familiar” (Valéria)

Em sequência, a busca ativa por óbitos de coração parado continua a cada hora, porém pelo telefone, devido à frequência realizada durante todo o dia. A busca por telefone é realizada no Pronto Socorro, no Serviço Social e no Setor de Altas e Óbitos, que são os setores informados quando ocorrência de óbito no HCU. Importante ressaltar que essa busca não seria necessária, caso os próprios setores notificassem a ocorrência de óbito à CIHDOTT. Os profissionais dos setores, mesmo cientes da necessidade de notificação, não a realizam no tempo hábil necessário. Como tal notificação não acontece, a equipe realiza a busca com a frequência de hora em hora. Tal *preocupação com a busca nos indica fator de desgaste mental.*

3.4.1.2 Segunda etapa: notificação do óbito

Identificado um óbito de coração parado por meio da busca ativa, o trabalhador se desloca até o setor da ocorrência e preenche um formulário de notificação de óbito, com os seguintes dados: data e horário da notificação, local de ocorrência, profissional responsável, nome do falecido, número do prontuário, data de nascimento, idade, sexo, estado civil, data e horário do óbito, *causa mortis* e se é um caso contra indicado. Tal óbito pode ser trabalhado para doação de córneas dentro do intervalo das 6 horas, contadas a partir da ocorrência do óbito, como indica Rogéria – “[...] igual eu chego, tenho que olhar logo se tem óbito, porque se tiver eu preciso correr e, pra tentar encontrar essa família; se essa família não está no hospital, e preciso fazer um contato por telefone, não sei quem é essa família que vai me atender, né...”

Note-se o alto nível de tensão quanto aos prazos para execução de tarefas, tendo em vista que o trabalhador tem que *efetuar o processo neste curto prazo de 6 horas*, o que denota *fator de desgaste mental*, podendo levar a fadiga, irritabilidade, doenças cardíacas, dentre outras.

3.4.1.3 Terceira etapa: validação do doador

O trabalhador faz uma revisão no prontuário em busca de contraindicações para doação, de acordo com os QUADROS 2 e 3, do subtítulo 2.3. Para complementar as informações

observadas no prontuário, o trabalhador discute o caso com o médico assistencial e realiza o exame físico no falecido. O exame físico é necessário para observar presença de contraindicações relativas ou mesmo específicas, como por exemplo, sinais de punção em membros que caracterizam uso de drogas ilícitas endovenosas, sinais de doenças sexualmente transmissíveis, cirurgia intraocular prévia, dentre outros sinais que irão contra indicar a doação. Este exame pode ser realizado no setor de ocorrência do óbito, ou, caso o corpo já tenha sido transferido, será realizado no Setor de Patologia/IML. Toda essa logística exige sempre deslocamento a pé de longas distâncias realizadas pelos trabalhadores, tendo em vista que cada setor se encontra em um andar diferente, *o que configura risco biomecânico por movimentos repetitivos e adoção de posturas inadequadas durante grande parte da jornada de trabalho, podendo causar lesões por esforços repetitivos e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e distúrbios vasculares periféricos.*

Caso ocorra uma contra indicação para a doação das córneas, o óbito é notificado e a família não será entrevistada. A notificação é feita no computador e é encaminhada por *e-mail* à CNCDO Oeste para lançamento no SNT. Tal notificação é compulsória. A equipe do setor da ocorrência é informada pelo membro da CIHDOTT sobre a não possibilidade da doação. Caso não ocorra contra indicação, o óbito é notificado e a família será entrevistada para a possibilidade de doação das córneas.

3.4.1.4 Quarta etapa: entrevista familiar

Antes de abordar a família, o trabalhador certifica, junto ao serviço social e equipe assistencial, se a notícia do óbito já foi repassada aos familiares. Após a notícia do óbito à família, a equipe da CIHDOTT poderá atuar. Não há uma sala específica destinada para a entrevista com a família, que pode ocorrer em diversos locais do hospital, dependendo da distância do setor de ocorrência do óbito. A sala da CIHDOTT também poderia ser utilizada, porém, em geral, fica distante da maioria dos setores. É avaliado pelo trabalhador o setor mais próximo, para se evitar grandes deslocamentos com a família. Geralmente, a entrevista ocorre na Sala do Serviço Social, em Salas Multiprofissionais, na Sala da CIHDOTT ou mesmo no próprio setor da ocorrência. Por vezes, ocorrem entrevistas em lugares inapropriados, devido à falta de outro local disponível, a exemplo da recepção do hospital ou da própria portaria do Pronto Socorro, como ressalta o textual a seguir: *“Eu mudaria a CIHDOTT de lugar. Porque*

é impossível, eu jamais ia trazer uma família nesse lugar que ela se encontra hoje. Porque só o processo de andar com a família por dentro do hospital já seria estressante.” (Valéria)

Note-se como o local para realização da entrevista com a família é fundamental, revelando o aspecto subjetivo deste espaço, em que será tratado o axioma vida e morte, o limite vida e morte, a finitude humana, e que interfere no acolhimento e abordagem junto à família, pois quando detectado como inapropriado pelo trabalhador, gera uma expectativa ansiosa nele, o que se revela com um *fator de desgaste mental*.

Nesta entrevista, é importante esclarecer a família sobre todas as etapas da doação e sobre possíveis riscos, como por exemplo: informar sobre o tempo para captação das córneas; sobre a não possibilidade de conhecer a identidade do receptor; sobre a possibilidade, mesmo que remota, de ocorrência de edema, sangramento ou mesmo hematoma na face do falecido; e sobre a reconstituição do corpo realizada após término da captação. Tais riscos devem ser enfatizados junto à família, a fim de evitar preocupações futuras como fica evidente no trecho abaixo, sobre uma intercorrência com uma trabalhadora:

“E outra preocupação que eu acho que nem falei anteriormente, que é com a reconstituição dos olhos do paciente né, da face, para não ficar deformada. Agora com uma experiência recente que tive, também vem me causando ansiedade. A última experiência que tive quanto a isso foi recente; a técnica procedeu à captação das córneas. Apesar de saber e ser previsto que pode acontecer sangramento, neste caso específico, o sangramento foi muito maior que nós imaginávamos durante o procedimento, e o rosto do doador acabou ficando deformado. Então hoje esta é uma preocupação minha, eu não quero passar por isso de novo. Isso acabou desencadeando em mim sentimento de culpa, muita culpa. Porque assim, por mais que eu esclareci pra família, eu não imaginava que ficaria tão deformado; e talvez se eu tivesse falado pra família e pontuado que ficaria tão deformado daquela forma, a família não teria doado. Então eu senti culpa sim. E tristeza... fiquei muito triste, porque nunca me imaginei naquela situação, tipo e se fosse com meu pai, com alguém da minha família, seria muito ruim. Não sei se eu deixaria de doar, mas eu teria uma péssima impressão, de chegar no caixão e ver aquela imagem” (Rogéria).

O trecho acima ilustra muito bem que a entrevista familiar é um momento de tensão, uma ocasião em que a angústia intrínseca a todo ser humano pode se transformar em uma situação traumática, uma situação de ansiedade (FREUD, 1926), gerando algum estado psicopatológico que se configura como uma situação de desamparo frente ao afluxo pulsional com o qual o sujeito tem de lidar (MENEZES, 2012; FREUD, 1930). A defesa da trabalhadora quanto a esta angústia, ao sentimento de desamparo, é a culpa e a tristeza. *Tal aspecto somado a característica da incerteza do lugar da realização da entrevista, aumenta o*

risco para saúde mental do trabalhador, assim como configura fator de desgaste mental, podendo levar a quadros de ansiedade, irritabilidade e fadiga. A entrevista familiar, portanto, é geradora de sofrimento no trabalhador, aspecto que será tratado em detalhes mais a frente.

Além disso, o tempo é curto e a família precisa ser abordada no momento mais difícil, ou seja, logo após a notícia da perda de um ente querido. Importante lembrar que serão entrevistados os familiares responsáveis legais, de acordo com o que já foi falado no subtítulo 2.3. Caso a família não autorize a doação das córneas, será prestado todo o apoio necessário quanto à questão burocrática. O óbito é notificado à CNCDO Oeste, como recusa familiar para doação de córneas.

A recusa familiar também pode ser considerada como um fator de desgaste mental. O trabalhador entende que necessita da doação, mesmo não tendo controle sobre a decisão da família. Crê que faz tudo que é preciso para obter a doação e que quando não consegue, acaba em frustração. O trabalhador se questiona sobre o seu trabalho, sobre o real benefício de suas ações, como podemos ver abaixo:

“Já é tão difícil ter um doador com as características desejáveis para doação; e ai quando tenho eu perco? Então, em que compete a eu fazer, correr atrás, ser mais ágil, eu tento fazer. E essa pressão eu mesma exerce sobre mim. E ai então eu experimento mais uma vez a ansiedade. Tipo, será que vai dar certo? Será que eu vou conseguir falar com essa família? E se essa família mora distante? Eu vou pegar meu carro, eu vou lá? Vou correr esse risco? Então são vários pontos de interrogação. Será que vai dar certo? Será que estou fazendo tudo isso à toa? Às vezes é uma pessoa mais idosa, que a córnea pode nem estar tão boa para uso” (Rogéria)

3.4.1.5 Quinta etapa: doação das córneas

Caso a família autorize a doação das córneas, será preenchido o termo de autorização e o histórico social. Segundo a legislação vigente, é necessário também cópia da documentação de identificação que comprove o parentesco do familiar responsável pelo doador. Para evitar maior deslocamento da família, o trabalhador tira foto com a câmera do próprio celular (de uso particular) para depois imprimir. Após o preenchimento da documentação, o trabalhador auxilia em toda a parte burocrática para liberação da família, como orientação de documentação para preenchimento da Declaração de Óbito, dentre outras informações necessárias. Liberada a família do HCU, o trabalhador vai até o Banco de Olhos, localizada

no piso térreo do próprio hospital, e informa sobre a ocorrência de doação para realização da captação das córneas.

Após a notificação ao Banco de Olhos, o trabalhador retorna à Sala da CIHDOTT e realiza a parte administrativa da doação: notificação da doação à CNCDO Oeste (notificação compulsória) via *e-mail* com a cópia anexada do documento de identificação do familiar, do termo de autorização e do histórico social; montagem do prontuário do doador; e impressão da documentação da doação para entregar no Banco de Olhos. O prontuário do doador é composto pela notificação do óbito, termo de autorização, histórico social, documentação do familiar responsável e pela cópia dos exames de sorologia.

Como a Sala da CIHDOTT não tem impressora, todo material é impresso em uma impressora central, que se localiza no piso térreo do HCU, implicando em mais deslocamento ao trabalhador, que faz esse trajeto de forma apressada, por vezes correndo, por conta do tempo, *o que configura risco de acidentes por quedas e tropeços, como já relatado anteriormente*. Neste momento ele imprime a documentação necessária e se desloca para buscar a impressão, como ilustra a fala a seguir:

“[...] o hospital viabilizou uma impressora lá embaixo pra mim, só que eu tenho que correr lá, ligar a impressora, eu tenho que pegar o papel; se eu preciso de outro papel, eu tenho que voltar, e é longe. E quando tá acontecendo a doação, tá no processo, essa questão do tempo é muito determinante”. (Rogéria)

É importante perceber como a questão do tempo é crucial neste processo, o que aumenta a pressão no trabalhador, podendo intensificar o ritmo do trabalho e levar *a sobrecarga de trabalho, o que se configura como fator de desgaste mental*. Finalizada a parte burocrática da doação de córneas, o trabalhador volta à busca ativa de potenciais doadores, óbitos de coração parado, nos setores citados anteriormente.

3.4.2 Processo de trabalho relacionado à doação de múltiplos órgãos e tecidos

Paralelamente ao processo de trabalho relacionado ao fluxo de doação de córneas, ocorre o processo relacionado ao fluxo de doação de múltiplos órgãos e tecidos. Trata-se aqui dos casos de óbitos em morte encefálica. Esse processo de trabalho ocorre em sete etapas, conforme será descrito a seguir: 1) busca ativa por potenciais doadores, 2) identificação do potencial doador, 3) protocolo de morte encefálica, 4) validação do doador, 5) entrevista

familiar, 6) doação de múltiplos órgãos e tecidos, e, por fim, 7) captação e liberação do corpo para a família.

3.4.2.1 Primeira etapa: busca ativa por potenciais doadores

Este processo de trabalho se inicia com a chegada do trabalhador ao HCU. Após sua chegada é realizada busca ativa presencial, à semelhança do fluxo anterior, em todos os setores que existem a possibilidade de haver pacientes com suspeita de morte encefálica: Sala de Trauma, Sala de Emergência Clínica, UTI Adulto, UTI Pediátrica, UTI Coronariana e UTI Neonatal. Esta busca é realizada uma vez por turno de trabalho, a fim de acompanhar a evolução dos casos. Nesta busca também é necessário o deslocamento do trabalhador no HCU por longas distâncias, à semelhança do fluxo do processo de doação de córneas, visto que cada setor fica em andares diferentes do HCU.

Importante destacar que o hospital dispõe de elevadores, escadas e rampas, e todos são utilizados pelos membros da CIHDOTT ao longo do período de trabalho. Como os elevadores são muito requisitados, tanto para transportes de pacientes, acompanhantes, funcionários, como para caixas, carrinhos de transportes, dentre outros, dependendo da rapidez que se faz necessária, o trabalhador utiliza as escadas. Frequentemente, também, os elevadores ficam em manutenção, sendo necessária uma maior utilização das escadas. Desse modo, o trabalhador pode subir e descer até 5 andares pelas escadas, *o que configura risco de acidentes, por queda da própria altura e das escadas, e risco biomecânico por movimentos repetitivos e adoção de posturas inadequadas durante grande parte da jornada de trabalho, podendo causar lesões por esforços repetitivos e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e distúrbios vasculares periféricos, além do risco biológico inerente ao trabalho em hospital, por contato com agentes biológicos infecciosos*, como relatado:

“O desgaste físico, dos maiores desgastes que podemos ter neste sentido, é que a gente sobe muita escada, corre o hospital, os setores são muito longes um do outro, então a gente vai pra um lado, vai para o outro... então assim, às vezes dá um calinho, dá uma dorzinha na perna, nas costas... ”. (Rogéria)

3.4.2.2 Segunda etapa: identificação do potencial doador

Identificado um paciente com suspeita de morte encefálica, o mesmo passa a ser acompanhado pela equipe da CIHDOTT. Os dados do paciente são incluídos em uma planilha de acompanhamento de potenciais doadores. Um dos papéis da CIHDOTT é assegurar que o protocolo de ME seja realizado dentro dos parâmetros legais, de acordo com a legislação vigente, além de orientar a equipe assistencial quanto aos exames a serem realizados.

Incluído o paciente na planilha, o mesmo passa a ser acompanhado diariamente. O trabalhador realiza anotações das principais informações: leito, nome, idade, causa, data de internação, história da internação, informações clínicas pertinentes e exame físico. O exame físico é realizado pelo trabalhador a fim de buscar mais informações que complementam o prontuário e os dados fornecidos pelo médico responsável, como presença de drenos, alteração da cor da pele, presença de cateteres, peso e tamanho do paciente, cuidados com as córneas, apresentação de diurese, presença de cicatrizes de cirurgias anteriores (principalmente na região abdominal), dentre outros aspectos pertinentes para acompanhamento.

O paciente com suspeita de morte encefálica é aquele que apresenta diagnóstico neurológico sem prognóstico e irreversível (comprovado por exame de imagem), pupilas fixas (arreativas à luz) e Escala de Coma de Glasgow (ECG) igual a 3. A ECG é uma escala neurológica que quantifica a abertura ocular, a melhor resposta verbal e a melhor resposta motora, com escore máximo de 15. Estar com ECG igual a 3 significa que o paciente não apresenta abertura ocular e que não responde ao chamado e nem à estímulo de dor.

3.4.2.3 Terceira etapa: protocolo de morte encefálica

Conforme já descrito anteriormente, o protocolo de morte encefálica (ME) é composto por dois exames clínicos, um teste de apneia e um exame complementar. Vários parâmetros são avaliados e estabilizados antes da abertura do protocolo de ME. O trabalhador deve acompanhar todos esses critérios a fim de manter a segurança do processo, assegurando o cumprimento da legislação. Após regularização de todos os parâmetros, o protocolo pode ser iniciado. A família é informada do protocolo antes do seu início, de acordo com o que é preconizado na legislação. O trabalhador da CIHDOTT não tem contato com a família antes da conclusão do protocolo de ME.

Após comunicado aos familiares sobre a abertura do protocolo de ME, o médico assistencial capacitado faz o primeiro exame clínico. Importante lembrar que é obrigatório

que este médico seja capacitado para tal diagnóstico, conforme discutido no Capítulo 2. Iniciado o protocolo, o trabalhador acompanha todo o diagnóstico e orienta a equipe assistencial quanto as etapas a serem realizadas e quanto aos cuidados junto ao paciente. O exame complementar pode ser realizado entre os dois exames clínicos ou após o segundo exame clínico.

O HCU tem disponível como exame complementar o eletroencefalograma (EEG) e a arteriografia cerebral (AC). O *doppler* transcraniano também seria uma opção, porém o hospital não tem contrato para sua realização. O exame complementar é um dos problemas da equipe da CIHDOTT visto que estes exames não estão disponíveis todos os dias com o laudo. O EEG está disponível por duas vezes na semana e a AC, uma vez na semana, o que dificulta todo o andamento do diagnóstico de ME. Na tentativa de viabilizar mais rápido tais exames, o trabalhador da CIHDOTT pede, em forma de “favor” aos médicos autorizados, a realização destes exames e seus laudos. Esses “favores” são rotina no serviço, frente à baixa cobertura dos exames complementares, *o que configura fator de desgaste mental no trabalho:*

“Ah... muitas vezes nós trabalhamos sem exames aqui, então isso dificulta demais, acabava às vezes eu tendo que pedir mais tempo à família, porque a gente não tinha o exame aqui no hospital.”; “[...] às vezes nós temos a nossa equipe aqui no hospital, mas não tem uma equipe pra laudar o exame que já tá pronto”. (Rogéria)

Realizados os dois exames clínicos positivos e o exame complementar acusando ausência de atividade elétrica cerebral, de fluxo sanguíneo cerebral e/ou de metabolismo cerebral, conclui-se o diagnóstico de morte encefálica.

3.4.2.4 Quarta etapa: validação do doador

O trabalhador da CIHDOTT sempre acompanha o andamento do protocolo, uma vez que frequentemente não é comunicado sobre a conclusão do mesmo. Isso ocorre por esquecimento das equipes envolvidas, ou mesmo por falta de envolvimento delas no processo de doação. *Tal acompanhamento, somado aos pedidos de “favores”, aumenta o risco para a saúde mental da equipe de doação:*

“Eu me sinto a chata e a indesejável de todos os lugares. Porque todos me olham e já pensam: ‘lá vem ela de novo, lá vem ela pedir alguma coisa’. E

são coisas que eu não deveria pedir, deveria ser obrigação do hospital fornecer. E quem está do outro lado, pra quem eu estou pedindo, deveria entender que é obrigação dele em fazer isso e não porque eu tenha pedido. Deveria ser obrigação". (Camille)

Após a conclusão do protocolo de morte encefálica, o trabalhador vai até o setor da ocorrência, procede sua conferência, e observa se todos os exames e intervalos foram respeitados de acordo com a legislação vigente. O trabalhador consulta o prontuário, discute o caso com o médico e realiza exame físico para assegurar que o paciente não tem contraindicações para doação de múltiplos órgãos e tecidos. Após a conferência, o médico responsável pelo paciente dá a notícia do óbito aos familiares, como ilustra o trecho abaixo:

"[...] vejo os exames, se tem alguma pendência em relação ao estado clínico do paciente, que é preciso consultar um médico, discutir. Eu faço contato com a minha coordenadora se ela não estiver, discuto com ela. Às vezes discuto com o MG Transplantes também. Faço o pedido de todos os exames necessários, pra avaliação dos médicos e fico no aguardo da conclusão desse protocolo. Uma vez que fechou o protocolo, e esse paciente está apto clinicamente para ser um doador, aguardo a notícia pro familiar, comunicado do óbito, e entro logo em seguida". (Rogéria)

Caso o falecido seja contraindicado para doação, os familiares não são entrevistados. Nesta situação, o trabalhador evolui no prontuário do paciente a contra-indicação para doação de múltiplos órgãos e tecidos e o corpo é liberado para a família. Além disso, o trabalhador deve notificar o óbito à CNCDO Oeste (notificação compulsória) e preencher a ata sobre protocolos de ME, contendo todos os dados do caso em questão. Caso o falecido não seja contra indicado para doação, os familiares são entrevistados, à semelhança do processo de doação de córneas.

3.4.2.5 Quinta etapa: entrevista familiar

O trabalhador entrevista a família logo após a notícia do óbito. Os principais pontos abordados junto aos familiares são: sobre a espera de até 24 horas para liberação do corpo em caso de doação, a importância da doação de múltiplos órgãos e tecidos, a expectativa dos órgãos que poderão ser doados, a possibilidade de não utilização dos órgãos, a logística necessária para conclusão do processo de doação, informações sobre as listas de receptores e sobre o funcionamento do sistema, dentre outras. A questão do tempo de espera da família é

um assunto muito difícil para o trabalhador, gerador de expectativa ansiosa, como ilustrado no trecho abaixo:

“Quase sempre a família reclama do tempo de espera. Hoje nosso tempo é de 24 horas. E nós ficamos assim no meio, mediando... porque para a família é um tempo muito grande. Só que pra mim, que estou no processo, eu sei que é um tempo muito corrido, muito apertado. Nós trabalhamos com o MG Transplantes, que é a instituição que faz a oferta, e muitas vezes dá a impressão que eles não tem essa compreensão. Às vezes, não sei se por falta de vontade deles, atrasa a oferta, e também acredito que por questão de logística mesmo. Enfim, é muito complicado explicar isso para a família [...]”. (Rogéria)

Tal situação descrita se configura em fator de desgaste mental para o trabalhador, já que o tempo solicitado para conclusão do processo pode ser um impedimento à efetivação da doação. A família tem até 12 horas para decidir se vai ou não doar os órgãos e tecidos do falecido. O trabalhador acompanha a família até o leito, explica sobre o protocolo de morte encefálica e esclarece dúvidas que ainda possam existir, criando um vínculo, uma relação intersubjetiva entre eles.

Dependendo do horário em que ocorre a entrevista familiar, pode acontecer de o trabalhador precisar permanecer na instituição além da sua jornada de trabalho, conforme já discutido no subitem 3.3. Isso acontece porque a CIHDOTT não tem cobertura em todas as noites, e caso o processo de doação se estenda ao longo do período noturno, o trabalhador acompanha todo o andamento da doação de forma presente no hospital ou à distância em seu domicílio. Isso pode acontecer também no fluxo para doação de córneas. Quando o óbito ocorre próximo do horário de saída, o trabalhador permanece no hospital para realização da avaliação do potencial doador e da entrevista familiar para doação.

Finalizada a entrevista familiar, caso não haja autorização para a doação de múltiplos órgãos e tecidos, o trabalhador acompanha os familiares em visita ao leito e os orienta quanto à documentação necessária para o preenchimento da Declaração de Óbito e consequentemente, liberação do corpo. À semelhança do fluxo de doação de córneas, os trabalhadores se frustram frente a não obtenção de órgãos para doação, como é evidente no trecho a seguir:

“Mas a gente fica sempre com aquela dúvida: Será que se eu tivesse sido mais invasiva, essa família teria doado? Ou será que se eu tivesse usado tal argumento, essa família teria doado? Então no que depende de mim, será

que eu fiz tudo? Será que eu esclareci bem, será que ficou alguma dúvida? Se eu pudesse voltar atrás teria acontecido diferente? Será que eu consegui demonstrar para a família empatia; será que essa família se identificou comigo? Então tem tudo isso. Acho que a ansiedade é pelo sim, pela doação". (Rogéria)

Pelos relatos acima é possível perceber a culpabilização do trabalhador frente a uma recusa familiar, individualizando o processo; o trabalhador não entende que o desfecho final não é “culpa” ou responsabilidade dele, e sim de um processo como um todo, da forma como todo o trabalho é organizado. Nesse sentido, *denota risco para saúde mental, podendo levar a quadros depressivos.*

A equipe da CIHDOTT registra no prontuário do falecido a ocorrência da entrevista e os responsáveis legais que estavam presentes e a equipe assistencial libera o corpo para a família. O trabalhador retorna à sala da CIHDOTT, faz a notificação da recusa familiar à CNCDO Oeste, notificação essa compulsória conforme já relatado, e, por fim, monta a ata sobre o protocolo de ME. Caso os familiares autorizem a doação de múltiplos órgãos e tecidos, o trabalhador inicia então todos os procedimentos necessários à conclusão do processo.

3.4.2.6 Sexta etapa: doação de múltiplos órgãos e tecidos

Inicialmente o trabalhador preenche o termo de autorização familiar e o histórico social do doador. Para evitar maior deslocamento da família, assim como relatamos no processo relacionado à doação de córneas, o trabalhador tira foto do documento necessário com a câmera do próprio celular para depois imprimir. Neste momento da entrevista, o trabalhador se aproxima afetivamente da família, anota os contatos para passar as informações sobre a doação e disponibiliza seu telefone pessoal e do setor, caso precisem de alguma ajuda ou informação. O trabalhador passa para a família todas as informações necessárias durante a ocorrência da doação: resultado dos exames realizados, quais órgãos estão sendo ofertados, quais órgãos foram aceitos, horário de início da captação de múltiplos órgãos, horário previsto para liberação do corpo, dentre outras informações pertinentes ao acompanhamento da doação.

Após a liberação da família, o trabalhador solicita todos os exames necessários, como exames de função renal e hepática, exames de sorologia, dentre outros já padronizados pelo sistema. O trabalhador solicita tais exames via sistema, se desloca até o setor onde se encontra o falecido (geralmente no segundo ou quarto andar), solicita a coleta do material biológico e

se desloca até o laboratório (localizado no piso térreo) para encaminhamento do material e realização dos exames. Neste momento, ele ao laboratório sobre a urgência do resultado desses exames, avisa que é um doador e aguarda na sala da CIHDOTT pelos resultados. Mesmo demonstrando a urgência, frequentemente o trabalhador precisa ficar ligando no laboratório para que o exame tenha prioridade. *Tal acompanhamento, somado aos pedidos de “favores”, como dito anteriormente, aumenta o risco para a saúde mental da equipe de doação de órgãos e tecidos, podendo levar ao desgaste mental do trabalhador; além do risco biológico por conta do transporte de amostra de material biológico, podendo propiciar o contato com agentes infecciosos, gerando agravos a saúde.*

Enquanto aguarda o resultado dos exames, o trabalhador encaminha outra amostra de sangue a um laboratório externo, para realização de teste de histocompatibilidade, considerando a doação dos rins. O carro oficial da CNCDO Oeste vai até o HCU para buscar este material. Depois do encaminhamento das amostras necessárias, o trabalhador retorna ao setor no qual o falecido se encontra. Neste momento, será preenchido um formulário com todas as informações do doador, com base no prontuário e no exame físico realizado. O trabalhador também separa várias documentações para fazer uma cópia, como: o protocolo de morte encefálica devidamente preenchido, o laudo do exame complementar, o resultado da gasometria arterial e a evolução médica atualizada. Após preenchimento do formulário e da separação da documentação descrita, novamente o trabalhador se desloca apressadamente até a impressora central do HCU para cópias de toda a documentação, inclusive do termo de autorização e do histórico social, *o que configura risco de acidentes, risco biomecânico, além do risco biológico inerente ao trabalho em hospital, por contato com agentes biológicos infecciosos.*

O trabalhador fica atento aos resultados dos exames pelo sistema de informação hospitalar. Disponibilizado esses resultados, é solicitada a impressão desses exames na impressora central e o trabalhador se desloca apressadamente para buscar as cópias. Retorna à sala da CIHDOTT, confere toda a documentação necessária, digitaliza todas as cópias e envia por *e-mail* para a CNCDO Oeste, a fim de iniciar a oferta de múltiplos órgãos e tecidos para transplantes. A CNCDO Oeste é responsável por realizar a distribuição dos órgãos e tecidos, organizar toda a logística necessária para efetivação da doação, enviar as equipes específicas por órgão no horário da captação, dentre outras atribuições que serão descritas a seguir.

O trabalhador retorna ao setor no qual o falecido está internado, devolve a documentação ao prontuário e junto coloca uma cópia do termo de autorização e do histórico

social. Registra no prontuário a entrevista familiar e relata sobre o andamento do processo de doação de múltiplos órgãos e tecidos. Importante salientar que qualquer alteração que ocorra com o doador durante o processo de oferta, deve ser repassado à CNCDO Oeste pela equipe da CIHDOTT. O trabalhador informa também a equipe assistencial responsável pelo doador sobre o início da oferta e horário previsto para o início da captação. Retorna à sala da CIHDOTT e realiza memorando informando sobre a doação em andamento e o provável horário de início da captação. Este memorando será encaminhado ao Centro Cirúrgico para realização da pré-reserva da Sala Cirúrgica.

O HCU tem equipe própria para captação de córneas e rins. Dessa forma, o trabalhador da CIHDOTT também é responsável por informar essas equipes sobre o andamento da doação para programação da captação. Ambas as equipes estão disponíveis 24 horas do dia para captação de córneas e rins.

Durante a oferta de múltiplos órgãos e tecidos pela CNCDO Oeste, é comum o contato com a CIHDOTT por diversas vezes ao longo do processo. Tal contato se faz necessário para esclarecer dúvidas sobre as condições do doador, solicitar exames adicionais requisitados pelas equipes de captação externa, ou mesmo tentar renegociar o horário acordado junto à família para viabilizar algum órgão em específico. O contato da família é sempre realizado pelos trabalhadores da CIHDOTT e qualquer renegociação de horário deve ser realizada por eles. A CNCDO Oeste não funciona as 24 horas do dia, não desempenhando assim o seu papel em todo o processo, conforme é preconizado pela Portaria nº. 2600/2009. *Esta relação interequipes, entre CIHDOTT e CNCDO também se caracteriza como um fator de desgaste mental*, aspecto que retomaremos posteriormente.

Finalizado o processo de oferta de órgãos e definido a logística da doação, a CNCDO Oeste entra em contato com a CIHDOTT para continuidade: informa o horário de início da captação, quais equipes irão ao HCU e quais órgãos serão captados. O trabalhador informa todos os setores envolvidos no processo: setor assistencial no qual o doador está internado, centro cirúrgico e equipes de córneas e rins. É comum ocorrer alterações na logística depois das confirmações. Isso porque na maioria dos casos as equipes envolvidas no processo dependem de aeroporto e boas condições climáticas para não se atrasarem. Tais alterações deveriam ser repassadas à CIHDOTT na urgência que se faz necessária, porém nem sempre isso é repassado, ocorrendo atrasos e diversas indisposições entre as equipes envolvidas. O trabalhador da CIHDOTT deve garantir a superação de tais intercorrências, assegurando que o corpo seja liberado à família no prazo acordado. Caso não haja consenso com a família sobre

o atraso das equipes, findado o tempo acordado, a captação de determinados órgãos deverão ser interrompidas para que o corpo seja liberado para a família. Esta fase do processo desencadeia uma série de preocupações e sofrimentos ao trabalhador, como podemos ver abaixo:

“Nós trabalhamos com o MG Transplantes, que é a instituição que faz a oferta, e muitas vezes dá a impressão que eles não tem essa compreensão. Às vezes, não sei se por falta de vontade deles, atrasa a oferta, e também acredito que por questão de logística mesmo. Enfim, é muito complicado explicar isso para a família: olha o avião atrasou, olha não temos voo comercial, e acabam não entendendo o que é voo comercial, não teria que ter avião já disponível... tinha que ter uma logística toda disponível para isso? A doação não teria que ser prioridade? Então, como explicar para essa família que mais uma vez ela está sendo prejudicada por ineficácia, ineficiência do estado, por falta de recursos públicos. E é um momento que a família dificilmente vai entender... e nós somos esse porta voz, nos que conversamos com a família. Esse tempo de espera, novamente, me traz muita ansiedade. Quando a gente consegue liberar o corpo dentro do tempo que a gente estipulou com a família, no prazo de 24h, é um alívio. Esse é o sentimento que eu tenho. Eu vou dormir angustiada, com preocupação. Eu acordo já querendo saber se deu tudo certo, quando eu consigo dormir nesta situação. E mesmo quando eu não estou no plantão e sei que o corpo foi entregue dentro do prazo correto, dentro do estipulado, eu me sinto aliviada e com aquele sentimento de dever cumprido. Sentimento de satisfação, eficiência, todos da equipe envolvidos contribuiu para cumprir com o prazo com a família”. (Rogéria)

A organização do processo de doação foi relatado como um trabalho difícil, cheio de entraves, que exigem do profissional o convívio diário com a pressão e com situações de tristeza e frustrações. O trecho abaixo vem reafirmar as dificuldades existentes no processo de trabalho e em sua rotina, enfatizando também a importância destacada pelos próprios trabalhadores do envolvimento com o trabalho durante todo o tempo:

“Esse trabalho, que envolve doação de órgãos, ele mesmo seleciona as pessoas que vão continuar. Porque não é todo mundo que consegue, por mais que seja um trabalho bonito, não é só isso, existe muita dificuldade de trabalhar, existe essa questão do fator emocional que é muito pesado, lidar com a morte é muito pesado, então assim só fica nesse trabalho realmente quem tem esse perfil [...]”. (Valéria)

3.4.2.7 Sétima etapa: captação e liberação do corpo para a família

O trabalhador recebe no hospital as equipes externas e encaminha ao centro cirúrgico. É de suma importância que todas as portarias do hospital sejam informadas sobre a chegada dessas equipes, a fim de não haver nenhum mal entendido. O trabalhador também acompanha o encaminhamento do setor de internação até a chegada ao centro cirúrgico, assegurando a identificação do doador. Durante a cirurgia de captação, a equipe da CIHDOTT fica disponível para quaisquer necessidades que possam ocorrer durante o processo, e organiza a logística dos carros para encaminhamento das equipes de captação e os órgãos captados ao aeroporto. Os trechos a seguir ilustram esta rotina:

“Se a nossa equipe aqui tá todo mundo esperando, se o corpo já tá preparado pra descer pro centro cirúrgico, se o centro cirúrgico já está preparado para receber esse corpo, se essa equipe não vai atrasar, que vai chegar de fora, né, então tem tudo isso, uma vez que primeiro a preocupação da doação e depois a oferta, se vai ou não, é... distribuir esses órgãos”.(Rogéria)

Cada órgão tem um prazo máximo para ser transplantado. Dessa forma as equipes iniciam pelo órgão que tem prazo menor para o transplante, como o coração e o pulmão. À medida que as equipes vão captando, já são encaminhadas pelo trabalhador ao carro oficial da CNCDO Oeste para serem levadas até o aeroporto. As últimas equipes a saírem são as de rins e de córneas, que quando finalizam, liberam o corpo para o setor de patologia. A cirurgia de captação dura em média de 4 a 7 horas, das quais a equipe da CIHDOTT fica à disposição para quaisquer necessidades, mesmo que não esteja dentro de sua jornada de trabalho, independentemente do horário.

Finalizada a cirurgia de captação, o trabalhador informa a família sobre a liberação do corpo e confere se o corpo foi dignamente recomposto. A equipe da CIHDOTT também confere se os rins foram armazenados em caixa térmica de forma correta e encaminham à CNCDO Oeste, responsável pela distribuição dos mesmos. A equipe da CIHDOTT não tem acesso às listas de receptores de órgãos.

Após liberação do corpo para a família, o trabalhador dá andamento às questões burocráticas, como elaboração da ata sobre o processo de doação em questão e a montagem do prontuário do doador. Este prontuário é composto por toda a documentação necessária ao entendimento do processo de doação, e só é arquivado depois que a CNCDO Oeste enviar um ofício informando quais órgãos foram efetivamente transplantados. É previsto que toda essa logística da doação, que se inicia no momento da autorização e assinatura dos familiares, e

finaliza com a liberação do corpo para a família, dure no máximo 24 horas. Também, durante todo esse período, independentemente da jornada de trabalho, o trabalhador da CIHDOTT está disponível.

À semelhança do processo de doação de córneas, sob a presença de processo de doação em andamento, o trabalho foi citado pelas entrevistadas como ‘intenso’, ‘acelerado’, uma vez que existe um prazo a cumprir e são várias as etapas que devem transcorrer dentro desse período. Então, com frequência, esses dias são tidos como muito cansativos e sem intervalos, intensificando o ritmo de trabalho, como mostra o relato abaixo:

“Acaba que quando não tem a doação, por exemplo, pode acontecer de ficar 15 dias sem uma doação, e ai, nesses 15 dias, costuma ser mais é... dentro... vou falar assim, é um serviço que parece mais dentro da normalidade. Só que você sabe que a qualquer momento, aquela calmaria vai acabar e pode ser que tenham 3 doações, fechem 2 protocolos num dia só, [...] Ai o desespero é maior, tô sozinha. Agora eu não posso contar com ninguém, eu tô sozinha”. (Rogéria)

O trecho acima ilustra sentimento de desamparo da trabalhadora, uma ocasião angustiante que pode se transformar em uma situação traumática, gerando algum estado psicopatológico (MENEZES, 2012; FREUD, 1930), o que configura risco para saúde mental do trabalhador fruto de como o trabalho está organizado na CIHDOTT.

O limite máximo de tempo exigido na conclusão dos processos descritos acima é um dos fatores de desgaste mental para os trabalhadores de doação de órgãos e tecidos da CIHDOTT, sendo responsável pela intensificação do ritmo do trabalho, que no conjunto da organização do trabalho da CIHDOTT pode levar a sobrecarga.

3.4.3 Processo de trabalho relacionado às questões administrativas

O trabalhador da CIHDOTT, além da atuação no fluxo para doação de córneas e no fluxo para doação de múltiplos órgãos, é responsável por toda a parte administrativa e por diversas outras tarefas e atividades. Uma das atividades principais é a capacitação. Ao longo do planejamento de todo o ano, esse mesmo trabalhador que acompanha os fluxos de doação, promove capacitação sobre o tema doação e protocolo de morte encefálica na maioria dos setores do hospital.

Dentre as atividades administrativas, o trabalhador é responsável por: confecção de relatórios mensais, semestrais e anuais enviados à CNCDO Oeste; estatística mensal e anual

das doações; elaboração de escalas de trabalho; relatórios de faturamento; montagem e conferência de prontuários dos doadores; organização das Campanhas anuais que ocorrem no mês de Setembro – Mês do Doador; confecção e atualização de protocolos de morte encefálica e de procedimento operacional padrão – POPs; dentre outras atividades pertinentes ao setor.

O processo de trabalho da equipe da CIHDOTT é extremamente complexo. Exige capacitação específica e contínua dos trabalhadores, além de exigir também tomadas de decisões importantes ao longo de todo o percurso. A divisão das tarefas dentro do setor foi relatada de forma equânime entre todas as trabalhadoras: todas executam as mesmas atividades, o que mostra a característica do trabalhador “*polivalente e multifuncional*” do mundo do trabalho na atualidade, aquele trabalhador versátil, que executa diferentes tarefas, e realiza sozinho diversas funções. Este modelo de trabalhador reflete a lógica do capital e do processo produtivo capitalista, da reestruturação produtiva, uma vez que se utiliza do trabalhador ao máximo, expondo-o assim, ao trabalho precarizado (ANTUNES, 2004, 2008; SANTANA *et al.*, 2013; SELIGMANN-SILVA, 2011), como se pode observar abaixo:

“A gente faz basicamente a mesma coisa, assim, todas abordam, todas solicitam exames, todas discutem os casos, com os outros profissionais, por exemplo, como eu não sou médica, eu preciso do apoio de um médico. Eu discuto com a coordenadora ou mesmo com o profissional que está dando a assistência ao paciente. A parte mais burocrática, os relatórios, todas fazem”. (Rogéria)

A divisão e operacionalização das tarefas evidencia a vivência de precarização: um dos efeitos do neoliberalismo na saúde dos trabalhadores, vivido como desgaste mental e a corrosão da subjetividade. Atualmente, há estudos que mostram que o neoliberalismo não se reduz a um sistema econômico, a práticas que definem o capitalismo contemporâneo na sua característica globalizada, mas sim o neoliberalismo como forma de vida que enquanto tal comprehende uma gramática de reconhecimento e uma política para o sofrimento, de modo que se pode extrair mais produção e mais gozo do próprio sofrimento (DUNKER, 2015; SILVA JR, 2017). Desse modo, o que estrutura o projeto neoliberal são ideais e valores derivados dos princípios da concorrência e que, a partir de certos mecanismos, se instalaram nas relações sociais, como por exemplo, o mecanismo de dominação perversa. Então, a vida passa a ser uma relação onde tudo é mercado. E a pessoa passa a ser o empreendedor de si mesmo. A cultura do narcisismo vai sendo substituída pela cultura da indiferença.

A análise do processo de trabalho na CIHDOTT HCU demonstrou que o trabalhador está exposto aos seguintes riscos de agravos à saúde:

1) *Riscos de acidentes*: quedas da própria altura e das escadas, podendo gerar lesões corporais, contusões e traumatismos.

2) *Riscos biomecânicos*: Permanência prolongada em pé, grande distância percorrida, adoção de posturas inadequadas e movimentos repetitivos, podendo ocasionar dores, problemas de coluna e lesões físicas (LER/DORT).

3) *Riscos biológicos*: vírus, bactérias, parasitas, protozoários, fungos e bacilos próprios do ambiente hospitalar, assim como pelo manuseio do órgão ou tecido para o transplante, podendo gerar doenças infecto-contagiosas.

3) *Riscos para saúde mental*: Derivados da organização do trabalho como: jornada de trabalho excessiva (com destaque para os plantões extras não remunerados, em especial à distância, o que explora o trabalhador e invade sua vida privada) e dimensionamento inadequado de pessoal que interferem no processo de trabalho, em especial, no modo operatório das tarefas, provocando alterações no ritmo de trabalho e na carga de trabalho, gerando sobrecarga e pressões, além do cotidiano conflituoso relativo ao axioma vida e morte, principalmente, nas relações interpessoais com as famílias e da convivência com situações que geram medo e estado de alerta permanentes, que somados aos constrangimentos cotidianos e situações de humilhação nas relações com as equipes intra e extra hospital, as falhas na logística de doação, assim como a falta de estrutura física (com destaque para sala da CIHDOTT HCU inadequada para receber as famílias) e material (uma impressora; exames de sangue necessários ao processo de doação; recursos materiais no centro cirúrgico e restrição de exames complementares em vários dias da semana), podem ocasionar sofrimento psíquico, fadiga, estresse, irritabilidade, ansiedade, angústia, insônia, alterações de comportamento e transtornos mentais.

Este quadro caracteriza o processo de desgaste dos trabalhadores, em particular, o desgaste mental, foco desta pesquisa. Deste modo, é necessário reorganizar o processo de trabalho na CIHDOTT, com o objetivo de extinguir os riscos de agravos advindos das condições e do processo de trabalho nocivos à saúde, restabelecendo a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, em especial, a saúde mental.

Frente aos problemas identificados na organização do processo de trabalho, as trabalhadoras sugeriram diversas mudanças necessárias à melhoria das condições de trabalho, com destaque para a sala da CIHDOTT, que poderia ser um ambiente mais confortável para

atender e acolher a família durante a entrevista e durante todo o processo de doação; a colocação de uma impressora no setor para facilitar e agilizar o processo de doação; a criação de uma política do hospital em relação ao processo de doação de órgãos e tecidos; melhorias no transporte de órgãos e na comunicação com a CNCDO.

3.5 Relacionamento interpessoal

Nota-se pelas falas das entrevistadas que o relacionamento interpessoal varia muito. Descrevem companheirismo entre os membros da equipe, e que esse relacionamento interfere de forma positiva no processo de doação de órgãos, conforme podemos observar nos trechos a seguir:

“Eu trabalho com uma equipe muito boa e isso ajuda muito; uma equipe que está sempre disposta a ajudar, uma equipe que é tolerante, também, até com os erros”, “... isso me tranquiliza [...] a gente consegue ter um bom entrosamento, todo mundo tem quase que o mesmo perfil, então eu confio, se eu não estou aqui, vai correr tudo bem. Porque tem a minha equipe que está aqui.” (Rogéria)

“Então assim, equipe mínima, graças a Deus a gente combina muito, todo mundo muito dedicado ao trabalho que faz, então todo mundo faz tudo” (Camille)

Parte da boa relação dentro da própria equipe está atrelada ao objetivo comum de trabalho. Todas são envolvidas com o propósito de efetivar uma doação, de ajudar outras pessoas. As entrevistadas relataram sobre a necessidade de se ter um perfil adequado para o trabalho nesse processo, em que o trabalhador seja sensível, empático, que esteja disposto a se envolver no processo e que ainda goste do desfecho final, como mostram os relatos abaixo:

“Tem que ser uma pessoa envolvida com o processo, que goste do desfecho do processo, que entenda que é muito maior o bem que tem no pós de tudo do que a perda que você tem na entrevista. Tem que ser uma pessoa dinâmica, que consiga interagir bem com as pessoas, que tenha uma empatia. [...] Então tem que ser uma pessoa que tenha uma empatia grande, que seja compromissada”. (Camille)

“O perfil do trabalhador que eu me refiro é uma pessoa comprometida. [...] Aqui o trabalho envolve uma rotina que as vezes tem que estender o horário, tem que ser solidário com o colega que vai ficar. [...] Então as vezes você tinha um compromisso e precisa desfazer do compromisso para se dedicar ao trabalho. [...] Então não é que sempre precise, mas se

precisar, você tem que estar disponível. Então esse é o perfil, todo mundo comprometido o tempo todo com o trabalho ”. (Valéria)

Interessante observar que, neste perfil, foi marcada a necessidade do trabalhador estar sempre disponível, ‘comprometido o tempo todo com o trabalho’, como algo natural, o que revela a questão do poder em jogo nestas relações. Há um conjunto de práticas e relações sociais que se repetem em seus padrões básicos e nesta repetição promovem um efeito de reconhecimento de legitimidade – tornando-se natural aos nossos olhos – e, ao mesmo tempo, promovem um efeito de desconhecimento da relatividade, entre outras possibilidades de se fazer. Esse jogo de reconhecimento e desconhecimento configura-se na ordem das representações que têm implicação lógica nas relações sociais (ALBUQUERQUE, 1986). Estar disponível o tempo todo passa a ser uma característica intrínseca ao trabalhador de transplantes de órgãos e tecidos: é legítimo, é natural, portanto, não se discute. É a ‘submissão livremente consentida’, que Gaulejac (2007) aponta, passando do controle dos corpos para a mobilização psíquica a serviço da empresa: CIHDOTT.

Quanto à relação dos membros da equipe com a chefia imediata, as entrevistadas relataram também bom relacionamento, apesar das diferenças: “*temos as nossas diferenças, pensamos diferente, mas creio que entre todos os membros, cada um tem um perfil, cada um pensa diferente, mas conseguimos conversar e geralmente entramos em um consenso e eu considero isso positivo*” (Rogéria). Outro aspecto positivo é o fato da chefia se comprometer com o trabalho: “*(...) também vejo bom relacionamento, ela está sempre próxima, de fácil acesso, e se compromete também com o trabalho*” (Valéria).

Já a relação interpessoal da equipe da CIHDOTT com a chefia superior, ou seja, com a direção do hospital, apesar de não se apresentar totalmente resolutiva, apresenta-se como satisfatória. Existe um entendimento e compreensão por parte da equipe sobre as dificuldades de recursos que o hospital sofre como um todo. Nota-se também que a direção atual é nova, e que a relação tem sido satisfatória para a equipe, inclusive com implantação de mudanças positivas ao setor:

“[...]tem acontecido vários contatos, tentativa de melhorar e facilitar o trabalho, com o fluxo, preocupação com a cobertura do trabalho, para que ninguém fique prejudicado, mas eu vejo que é um processo muito lento, que é uma relação difícil, no sentido que o hospital nem sempre dá as condições de trabalho que a gente precisa”. (Valéria)

“Hoje a gente tem uma direção nova que a gente tem um pouco de dificuldade para comunicação mesmo, para aproximar, mas assim, em

geral, nas reuniões, a gente consegue expor, consegue falar o que nós precisamos e eles geralmente estão abertos para ouvir". (Rogéria)

A relação interpessoal da equipe da CIHDOTT com os demais setores do hospital já não é tão boa. Existem setores que se articulam bem e outros que não se articulam, e inclusive, dificultam o andamento do processo de trabalho, como podemos observar no seguinte trecho: *"Por exemplo, no IML, eles acham que vamos atrapalhar o andamento da necropsia; o serviço social, às vezes acha que a família não tem condições, mas nós sabemos, temos experiência para isso"*. (Valéria)

As dificuldades na relação interpessoal com outros setores do hospital estão relacionadas a dois fatores: profissionais que não entendem e não conhecem o processo de doação vigente e, portanto, não conseguem perceber a importância do processo de doação para a instituição e até mesmo para a sociedade; e profissionais que são contra a doação, como ilustra o relato abaixo:

"(...) temos que articular com outros setores e nem todo mundo vê a importância da doação de órgãos com o mesmo olhar, então às vezes temos dificuldade até com acesso à família. Tem funcionários que não acreditam em nosso trabalho e pensam que aquele não é o momento de falar com a família, porque as pessoas estão em sofrimento". (Valéria)

Importante ressaltar que nesta relação interpessoal, apesar das dificuldades apresentadas, a equipe da CIHDOTT busca se relacionar bem com todos os setores do hospital, procurando sempre a capacitação dos funcionários e o bom diálogo com todos, como enfatizado a seguir:

"A nossa comunicação com os outros setores é boa, temos as dificuldades, isso porque a doação envolve muito a vivência de cada um na área. Então assim, tem funcionário que não pode ouvir em doação de órgãos, então logo quando ele vê a gente ele já se esquia um pouco. Mas da parte da CIHDOTT eu acho que é sempre boa, sempre conseguimos chegar nos setores, conversar, sempre conseguimos fazer acordo, que é quebrar barreiras e aproximar das outras equipes". (Rogéria)

"[...] a relação da CIHDOTT é boa com os outros setores; principalmente da nossa parte da CIHDOTT, nós somos muito abertas pra conversar, sabemos chegar para conversar, somos educadas, se é necessário falar, chamar atenção, eu sinto que a nossa equipe tá muito capacitada para fazer isso, então passamos confiança para as outras equipes". (Rogéria)

Quanto à relação interpessoal junto à equipe externa, a CNCDO Oeste, o trabalhador da CIHDOTT relata diversas dificuldades, uma vez que o mesmo não cumpre seu papel dentro do processo: “*Será que o MG Transplantes vai fazer o trabalho dele? Será que eles vão ofertar os órgãos? Será que eles simplesmente vão descartar porque teve infecção? Será que tem médico de plantão hoje?*”. ***Coisas que eu não devia estar preocupada.***” (Camille), o que desnuda mais um fator de desgaste mental. Dentre as dificuldades apresentadas estão: a demora na oferta dos órgãos; a mudança de logística sem informar em tempo hábil à CIHDOTT; a falta de respaldo das ações; falta de padronização de condutas; dentre outras. O fato da CNCDO não funcionar as 24 horas, em desacordo com a Portaria nº. 2600 de 2009, é um grande obstáculo na relação interpessoal entre a CIHDOTT e a CNCDO.

De modo geral, o relacionamento interpessoal da CIHDOTT HCU demonstrou aspectos negativos e positivos. Como negativa, destacamos a relação com os demais setores do hospital e com a CNCDO; e como positiva, a relação entre os membros da equipe, na qual foi demonstrado companheirismo e afeto, todas envolvidas com o objetivo comum, de efetivar a doação. A fim de melhorar a relação interpessoal da equipe da CIHDOTT junto aos demais setores do hospital e à CNCDO, o presente estudo propõe que o hospital adote uma “Política de doação de órgãos e tecidos”, a fim de padronizar as condutas relacionadas ao processo de doação, procurando impedir a interferência de opiniões pessoais como ‘ser contra a doação de órgãos’.

3.6 Aspectos do sofrimento e do prazer no trabalho

Dentre os ambientes de trabalho que são considerados estressantes, o hospital se destaca como um deles. Nele atuam diversos trabalhadores que convivem com situações emocionalmente intensas, relacionadas com doenças, vida e morte, em que imperam sofrimento, dor e perdas (SOUZA *et al.*, 2013), o que contribui decisivamente para o desgaste mental do trabalhador. Lembremos que o sofrimento é inevitável, está em toda parte, tendo suas raízes na sociedade e na história singular do sujeito (FREUD, 1930; DEJOURS, 1994). Porém, a maneira como está organizado o trabalho pode gerar sofrimento patogênico (DEJOURS, 1986). Foi possível identificar vivências de sofrimento e prazer no trabalho da equipe da CIHDOTT.

A entrevista familiar, segundo pesquisas (GUIDO *et al.*, 2009; LIMA, SILVA, PEREIRA, 2009), é considerada uma das etapas mais complexas do processo de doação e

envolve aspectos éticos, legais e emocionais. Cada família possui seus valores e crenças e, em virtude disso, não existe um roteiro a ser seguido. O trabalhador deverá estar preparado para elucidar dúvidas e enfrentar diferentes situações e sentimentos que possam ocorrer, sendo este um dos momentos mais estressantes, o que foi possível detectar na organização do processo de trabalho como um dos fatores de desgaste mental para os trabalhadores da CIHDOTT. Foi relatado que determinadas entrevistas familiares desencadeiam sentimentos de tristeza, pesar e angústia, por vivenciarem a perda do ente querido junto com a família, no momento em que recebe a notícia do óbito. É nesta ocasião que a equipe de doação atua: no auge da dor e da perda, como ilustram as falas abaixo:

“Por exemplo, hoje eu saio as 13hs, mas se tem um óbito, uma situação muito difícil, eu não consigo sair daqui e me desligar tão facilmente. Então ainda que eu não esteja de corpo presente, parece que pelo menos por algumas horas, eu levo um peso, uma tristeza, digamos assim, no meu coração, sabe? Eu saio e fico, o meu dia não fica igual, entendeu?...”. (Rogéria)

“...interfere no meu lado emocional, eu levo isso pra minha casa, então quando eu saio daqui ao final de uma doação, mesmo que tenha dado tudo certo, mas, aquele envolvimento com a família me causa uma tristeza mesmo e eu levo isso pra casa. Então, até que eu consigo me recuperar, leva tempo”. (Valéria)

No livro “Hospital: dor e morte como ofício” (1999), Ana Pitta afirma que o contato constante com pessoas doentes, lesadas, gravemente feridas e mortas impõe, ao trabalhador, uma série de atividades que abrangem tarefas agradáveis ou não, que requerem para sua execução uma constante rotina de ajustes e adequações de estratégias defensivas para o desempenho de suas tarefas. Para Oliveira *et al.* (2011), a morte é tida como perda e, portanto, causadora de dor, sofrimento e tristeza. Sendo assim, a morte mostra a condição humana de finitude, o que atesta a condição de desamparo do psiquismo frente ao aumento do afluxo pulsional com o qual, muitas vezes o sujeito não consegue lidar e pode se instalar um estado psicopatológico. Desse modo, quando em presença da morte, o discurso dos trabalhadores revela o sentimento de desamparo em torno do qual gravitam os destinos sofridos pelo afluxo pulsional, como mostram os trechos abaixo:

“[...]Eu saio daqui, eu levo ele pra casa, ele me incomoda, talvez vai me atrapalhar a dormir, vai me atrapalhar no meu relacionamento em casa, com namorado e amigos; e as vezes acumula. Pelo simples fato de abordar uma família de um paciente jovem, eu já fico triste... e ai saio daqui triste,

vou pra uma festa triste, estou em casa triste. Então, acho que isso é pior.”
(Rogéria)

“E quando falo do sofrimento, surge tanto do trabalho que exige essa dinâmica de resolver muitas coisas, [...]. E também falo em sofrimento pelo simples fato de trabalhar com a morte. [...] Agora nós trabalhamos todos os dias com óbitos e sofrimento das pessoas. Então muitas vezes um caso ou outro, você acaba absorvendo o sofrimento, ou levando de exemplo para a sua casa. Então por isso eu falo do perfil, porque lidar com a morte todos os dias, com a perda das pessoas e pensar na possibilidade de ter passado pela mesma situação o tempo todo, te lembrar o tempo todo que você pode passar por aquilo ali, vai com o tempo te causando um sofrimento”. (Valéria)

Fato importante a se considerar é que os potenciais doadores, em sua maioria, foram vítimas de causas traumáticas, ou seja, mortes inesperadas, mortes de pessoas jovens, o que por vezes é resultado da violência social, consideradas como mortes súbitas e precoces (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2009), fazendo com que os trabalhadores se envolvam com as histórias de vida dos doadores, contadas através da família, e se identifiquem com a dor e a perda destas pessoas:

“Por exemplo, uma criança, que tava bem e de repente, cai de um armário, um exemplo. Ou qualquer tipo de acidente, ou então quando você vê que a família é muito unida, que a família lamenta demais. Então a gente acaba identificando. Por exemplo, eu tenho uma irmã, quando eu vejo, eu participo de uma abordagem que com um irmão também da mesma idade, quando são só dois irmãos, por exemplo, e morre um, isso acaba que emocionalmente eu fico mais fragilizada porque eu me coloco no lugar, eu também tenho uma irmã, como seria pra mim? Perder um pai, como seria pra mim perder o meu pai, é muito difícil. Então acaba que a gente vivencia um pouco desse luto”. (Rogéria)

“E, assim, qual é o melhor paciente pra gente? É aquele que é o pior pra família. Era aquele que saiu pra passear de carro, de moto, bateu e morreu. Esse é o paciente fantástico pra doação. É o paciente que chega aqui por TCE grave de um acidente de moto, por exemplo, que a família estava esperando pra jantar e não chegou pra jantar. [...]. Então assim, a gente mexe com o maior sofrimento que pode existir em uma família, que é a perda de alguém muito importante, numa hora muito importante, que não era esperado”. (Camille)

“É o que eu disse anteriormente, a gente pensa o tempo todo que vamos passar por essa situação, de perder um filho, de perder os pais ou mesmo com a gente. Então a gente acaba ficando mais tenso e se preparando mais para a morte, pra nossa morte e na nossa ausência como será com a nossa família... e ficamos tensos o tempo todo com a nossa família, e acaba que as vezes a gente fica inseguro mais em relação em perder as pessoas. Esse é meu maior sentimento... isso me causa angústia, ansiedade, insegurança... em pensar que o dia vai terminar bem, que todos estarão bem, vivos e felizes... fico ansiosa com o futuro... em como vai ser o futuro... estará tudo bem com a minha família? Eu vou passar algum dia por essa situação? Eu

que estarei do outro lado? Sendo entrevistada para uma doação de órgãos? É esse o sentimento, de se colocar no lugar do outro. Acaba que a gente sofre antecipado”. (Valéria)

A incerteza da decisão da família também gera sofrimento no trabalhador. A possibilidade da doação é um direito da família que é assegurada pela equipe de doação. De um lado, a torcida pelo “sim” da família, para a autorização e aceitação da doação de múltiplos órgãos e tecidos. De outro, a possibilidade do “não” da família, da não aceitação, da recusa, que leva a frustração do trabalhador frente a não doação, o que é vivido, por vezes, como uma falha no cumprimento de suas tarefas, mesmo sabendo que não depende apenas de fatores ligados a ele, gerando ansiedade, tristeza, sentimento de culpa e impotência, como ilustram os relatos a seguir:

“Se eu não consigo órgãos, fica aquela culpa, aquele sentimento que eu estou trabalhando num lugar que não estou fazendo juz ao meu salário. Entendeu? Se passa um mês e eu não fiz nenhuma entrevista, ou então eu fiz várias entrevistas com muitas recusas, então estou sendo paga e não estou sendo uma boa funcionária? É uma questão de capacidade”. (Rogéria)

“Eu tento não pensar por esse lado, mas eu fico muito chateada quando eu to esperando muito uma doação e essa doação não acontece. Ou então que a família fala assim “não, eu não quero que mexa no corpo”. Eu vou pra casa, assim, eu não posso ficar chateada com a família, porque é uma opção dela, o corpo é dela, o ente querido é dela; não é meu. Então, mas eu vou chateada assim tipo, eu deixei de cumprir o meu papel. Ai eu choro (a entrevistada se emocionou e começou a chorar). É como se eu não tivesse feito bem feito. E não foi isso”. (Camille)

“Ansiedade... é o coração acelerado, mãos suando, aquele desejo que tudo acabe logo, as vezes na entrevista, as vezes quando aguardamos para entrevistar uma família, então, aquele sentimento de ter que atender aquela família e também conseguir a doação. Aquela pressa, se realmente vai dar certo ou não”; “essa ansiedade ta relacionada com a minha vontade de ter a doação, de conseguir a doação, mesmo sabendo que tem muitos fatores externos que não depende da minha capacidade de entrevista”. (Rogéria)

Durante a entrevista familiar, é estabelecido um vínculo com a família, no sentido de um compromisso firmado em relação ao tempo para liberação do corpo ou mesmo quanto à utilização dos órgãos doados. Entretanto, a possibilidade de intercorrências durante a logística de distribuição de órgãos, pode atrasar o início da captação e a liberação do corpo para a família. Tal fato acaba por aumentar o tempo de espera e a ansiedade da família doadora, e, consequentemente, a angústia e expectativa ansiosa da equipe de doação, que traz para si a

responsabilidade da conclusão deste processo a fim de não desapontar de forma alguma esta família, como esclarecem os relatos abaixo:

“É um acordo meu. É uma responsabilidade. É um peso que fica em minhas costas” “E.... ficar, é assim... como que eu posso caracterizar, algo além de ansiedade, é muito mais, assim é muito...., cada minuto pra mim é como se fosse uma hora”.(Rogéria)

“ [...]Então as vezes uma família que você deixou esperando por mais tempo, do que você combinou, as vezes uma doação que você no final o órgão não vai ser utilizado, isso é, as vezes, causa uma insatisfação, e as vezes você saber que isso também foi um erro do processo...”. (Valéria)

Semelhante com nossos achados, Lima, Silva e Pereira (2009), em uma pesquisa realizada com enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplantes, identificou que os entrevistados sofrem ao manter vínculo com os familiares e vivenciar o sofrimento. Evidenciaram que os mesmos apresentam medo de perder entes queridos e medo de que algo ruim aconteça a eles. Demonstrou também que, por acompanharem continuamente famílias diante da perda, os trabalhadores se sentem cansados, esgotados, e que demonstraram sentimentos de tristeza.

Além do contato com a família, os trabalhadores também experenciam sofrimento frente aos problemas derivados da organização do processo de trabalho da CIHDOTT. Na parte de diagnóstico de ME, foi referida uma ansiedade quanto à dificuldade que os médicos assistenciais têm em comunicar o óbito aos familiares e esclarecer a família sobre os exames realizados. Esta é uma etapa muito importante no processo, uma vez que a família tem que entender que o ente querido, mesmo com o coração batendo, por meio de suportes artificiais, não está vivo. Novamente, é perceptível sentimento de desamparo das trabalhadoras nesta etapa, já que a equipe da CIHDOTT depende da forma como a notícia foi informada a essa família, gerando mal-estar e insegurança:

“Esse período entre aguardar a família chegar e aguardar o comunicado do óbito, gera muita ansiedade, porque é aquilo que falei anteriormente, a gente não sabe quem é essa família, nós não sabemos como ela vai receber, não sabemos quem estará, pra mim abordar e qual é o conhecimento prévio que a família tem de morte encefálica, de doação, e ainda se o médico deu a notícia de uma forma satisfatória, que a família entendeu tudo, que os médicos ainda hoje tem dificuldade pra trabalhar esse assunto. Então tem tudo isso. Por exemplo, quando eu chego na UTI e vejo um médico falando pra família em pé, numa sala de espera, isso ai já me causa uma ansiedade. E eu fico pensando: gente, e agora, como é que essa família vai me receber. E não tem como eu ter um script pronto... cada família é de um

jeito, é... cada uma recebe de uma forma; então, é... cada abordagem é muito diferente uma da outra. Então, volta aquela questão da ansiedade". (Rogéria)

Outras situações relacionadas à organização do processo de trabalho foram detectadas como experiências angustiantes e por vezes humilhantes para as trabalhadoras: preocupação quanto a disponibilidade dos exames para concluir o protocolo de morte encefálica; estrutura disponível insuficiente e funções não pactuadas na instituição que acabam sendo realizadas através de “favor” para que o processo seja concluído; falta de compromisso dos profissionais; desconhecimento do processo pelos próprios trabalhadores do hospital; desmotivação da equipe, quando impossibilitados de resolver determinados problemas no processo de trabalho, como demonstram os trechos abaixo:

“Uma vez que distribuiu, arrumou toda a logística, a preocupação passa a ser principalmente pelo nosso hospital, de não ter falhas aqui dentro. Que ai vai depender da UTI, depender do centro cirúrgico, vai depender até do porteiro que está na portaria de viabilizar o acesso da equipe que vem de fora, do chefe de turno, então a preocupação passa a ser outra”. (Rogéria)

“[...]então na verdade nosso trabalho, ele depende de muitos outros, de muitas outras equipes, de outras pessoas, da instituição, tem muitos entraves nesse processo. E as vezes isso desmotiva um pouco porque... a gente faz a nossa parte e as vezes não dá certo a doação por um problema que não tem como a gente resolver”. (Valéria)

Sentimento de insegurança também foi relatado quando relacionado à falta de apoio e reconhecimento da CNCDO regional e do Sistema Nacional de Transplantes, órgãos responsáveis pela distribuição dos órgãos e toda a logística necessária à conclusão do processo. A queixa quanto ao não reconhecimento do trabalho também se estende a vários profissionais da própria instituição, que não consideram importante o ato de trabalhar com óbitos, como se trabalhar com pacientes vivos, na assistência, tivesse maior relevância:

“[...] lidar com a morte é muito pesado, então assim só fica nesse trabalho realmente quem tem esse perfil, e mesmo assim nós sofremos com as consequências desse trabalho ao longo do tempo. Embora as pessoas pensem que a gente fica frio, mas não é isso que acontece. E que pra trabalhar nisso tem que ter um comprometimento muito grande, ouço que trabalhar com cadáver é pra gente frio, que não tá ligado emocionalmente, mas, pelo contrário, como eu disse a nossa motivação é saber que daquilo ali a gente vai ajudar outras pessoas”. (Valéria)

“Falta tudo. O reconhecimento falta desde o Sistema Nacional de Transplantes né, que é ridículo. Porque sinceramente o Sistema Nacional de

“Transplantes faz um monte de incentivos pros transplantadores, só que não vai ter transplantador se não tiver órgão doado”. (Camille)

Também há vivências de sofrimento fruto da realização de jornada de trabalho excedente, que invade a vida privada do trabalhador que tem que renunciar a sua vida pessoal, abandonando marido e filhos, deixando de lado momentos importantes de sua vida social, como data de aniversário, a fim de acompanhar processos de doação fora do horário de trabalho, nos períodos noturnos sem cobertura de escala, para não perder uma doação. Os trechos abaixo exemplificam esta questão:

“Então acontece de, por exemplo, já perdi aniversário, no mês de dezembro mesmo, é... duas vezes, teve doação exatamente nos dois dias que eu tinha marcado um churrasco, coisa assim, não tem como programar. Assim, eu ia no churrasco mas um deles eu dei de ir porque teve doação; ainda que eu fosse eu iria ficar preocupada, eu ia ficar no telefone, então eu preferi não ir, ficar em minha casa, e resolver o que precisava ser resolvido. E... além do esgotamento né. Então, pra mim já não seria legal ir pra esse churrasco. Não que não era importante pra mim”. (Rogéria)

“Então a gente tem que contar com a compreensão do marido, filhos, e as vezes até datas comemorativas, nós abandonamos nossa família em prol de tá aqui ajudando o próximo, com esse objetivo. Então também existe um comprometimento, da nossa parte, sabendo que em várias situações nós vamos deixar de ir em compromissos, festas... é uma renúncia”. (Valéria)

Como enfatiza Dejours (1998), o psiquismo não é atingido diretamente; primeiro é vitimizado o corpo do trabalhador, disciplinado e dócil, entregue às dificuldades inerentes às atividades laborais. Desse modo, cria-se um corpo amorfo, sem defesa, explorado, fragilizado e carente de seu contorno protetor: o aparelho mental ou psiquismo. O autor afirma que as relações de trabalho nas organizações, comumente, desapossam o trabalhador de sua subjetividade, excluindo o sujeito, o que faz do homem uma vítima do seu trabalho. As trabalhadoras da CIHDOTT se queixam de cansaço geral, esgotamento, tensão nervosa e de que não conseguem ‘se desligar’ do trabalho, o que no contexto do material selecionado para análise configura o desgaste funcional, relativo a variações do mal-estar como a fadiga, o que corrobora a hipótese deste estudo de que *o modo como está organizado o processo de trabalho da CIHDOTT HCU leva ao desgaste mental dos trabalhadores*.

Quando o cansaço se acumula ao longo do tempo, caracteriza-se um cansaço que não termina com o sono diário, o que provoca alterações no sono, irritabilidade, desânimo, dores diversas, perda de apetite, afetando o humor e a sociabilidade, levando a “fadiga crônica” ou

“fadiga patológica”, como enfatiza Seligmann-Silva (2011). Contudo, entende-se que caso não ocorra um replanejamento do trabalho, a fim de eliminar ou pelo menos minimizar os fatores de desgaste mental, não só as trabalhadoras podem ter fadiga patológica, como cada vez mais será abalada a identidade delas, levando ao desgaste da subjetividade (SELIGMANN-SILVA, 2011):

“Esgotamento pra mim é estar muito cansada. Eu sinto cansaço mental... assim, por exemplo: essa captação tem que acabar logo, pra eu conseguir relaxar, para conseguir pensar em outras coisas. Porque naquele momento, minha mente ficou o tempo todo pensando, como um disco furado, por exemplo. Ele vai e volta, vai e volta, vai e volta... aí assim, já fiz isso, já fiz aquilo, já falei com os médicos, com as equipes envolvidas... são muitos detalhes, que por causa de uma coisa, todo o processo poder dar algo errado. Então a gente precisa ter tudo muito amarradinho. Enquanto a gente não consegue a captação, enquanto não entregamos o corpo para a família, ficam essas informações martelando na minha cabeça a tempo todo, será que eu fiz... será que eu não fiz, se está faltando alguma coisa, será que vai mudar alguma coisa no meio do processo, se vai aparecer uma coisa ruim. Então o tempo todo eu fico indo e voltando; então o esgotamento é nesse sentido. Sentido de cansaço; tipo, acaba logo porque preciso descansar a cabeça”. (Rogéria)

Apesar do sofrimento experimentado no trabalho de doação de órgãos e tecidos, em que as trabalhadoras estão imersas no sentimento de desamparo e cansaço geral, foi relatado prazer e satisfação na realização deste trabalho, que tem sentido para elas. Foram narrados sentimentos de alegria e gratidão, e afirmaram a importância do trabalho em suas vidas:

“Primeira coisa, é um estilo de vida, eu não conseguia viver sem trabalhar, ainda que não fosse remunerado. Eu teria que acordar todos os dias e ter uma função. Segunda coisa, sustento, então, hoje, o meu trabalho representa o meu sustento e a minha qualidade de vida”. (Rogéria)

Observa-se que o trabalho é o fim alcançado, fruto de muito estudo, de uma formação profissional, de uma vida de renúncias. Trabalho conquistado e que gera prazer ao trabalhador, uma vez que pode fazer o que gosta, demonstrando ligação afetiva com o trabalho, o que o torna fonte de sublimação, o destino pulsional mais elevado e fundamental para saúde mental, como nos alertou Freud (1930), dessa importância do trabalho como um instrumento que o homem criou para lidar com seu desamparo e viver em sociedade (MENEZES, 2012). Note-se as falas a seguir:

“[...]Realização, então, é como o meu trabalho, por exemplo, hoje onde eu estou e quando eu comecei, lá no meu primeiro trabalho há 15 anos, né, crescendo, tanto profissionalmente, como intelectualmente, como financeiramente, isso hoje representa pra mim meu trabalho e realização.” (Rogéria)

“Ele é minha realização pessoal. Eu estudei com esse objetivo, eu tenho prazer em sair de casa todos os dias pra trabalhar é onde eu adquiro mais conhecimento, onde eu aprendo, e faço o que eu gosto.” (Valéria)

O trabalho foi relatado como central na vida de uma entrevistada. A mesma se emocionou ao ser questionada quanto ao significado do trabalho em sua vida, demonstrando um amor imenso à sua profissão: *“É tudo. Eu faço o que eu amo. (a entrevistada se emocionou e começou a chorar). É extremamente importante. É o que eu sempre quis fazer na vida”*. (Camille)

O prazer e a satisfação no trabalho também são experimentados quando uma família é bem acolhida e bem orientada, quando uma doação foi bem sucedida e consequentemente quando um transplante foi efetivado. Pode-se observar que o resultado final do processo de doação, ou seja, o transplante é o que mais motiva a equipe, e assim as trabalhadoras vivenciam o reconhecimento. Participar e fazer parte de um processo que mudou ou mudará a vida de uma pessoa, que pôde contribuir com a sociedade. Saber que pessoas foram ou serão beneficiadas com a conclusão do processo, com o transplante e que terão a partir daquele momento, uma melhor qualidade de vida:

“[...]Já gratificante trabalhar com doação de órgãos, no sentido de saber que está fazendo bem pra alguém, conseguir ver o resultado do seu trabalho; a doação te proporciona isso, um mês depois você fica sabendo que deu tudo certo, ainda que seja um transplante já valeu a pena o trabalho de um ano, isso é muito gratificante”. “É um trabalho muito gratificante, porque eu preciso me sentir útil, e trabalhando na CIHDOTT é muito bacana porque cada vez que tem uma doação, eu me sinto meio que como heroína, porque eu penso assim: nossa, desde o início né, quando tinha aquele paciente, um exemplo, tinha aquele paciente lá na sala de emergência, precisando de UTI, às vezes com a minha interferência a gente conseguiu um leito mais rápido. Às vezes com nosso apoio durante o protocolo o processo foi mais rápido, depois essa família se sentiu acolhida, e talvez doou porque ela foi bem orientada; então a gente sabe da contribuição que nós tivemos nesse processo. E ai quando chega no fim, que dá certo, que nós temos notícias boas, que o transplante deu certo, então eu sei que eu fiz parte desse processo. Então, é gratificante”. (Rogéria)

“A motivação é o resultado do nosso trabalho né, é saber das pessoas que vão ser beneficiadas, que vão receber órgãos, que vão ter qualidade de

vida. Essa é a motivação principal. E eu gosto do que eu faço. Então essa é a minha maior motivação”. (Valéria).

“É o resultado final. Quando você vê assim: nossa, os rins foram pra queles dois lá, o cara saiu da diálise; ou então a gente escuta uma reportagem assim: ahh, um coração da criança foi pra tal estado e a criança está bem, saiu da UTI, é isso. E aí eu choro. (a entrevistada se emocionou e começou a chorar). É isso que me mantém. (pausa, choro). ”(Camille)

Lima, Silva e Pereira (2009), em suas pesquisas, evidenciaram que o trabalhador que lida com doação de órgãos percebe que seu trabalho é extremamente significante, uma vez que está fazendo o bem ao próximo, promovendo vida. Segundo a pesquisa, o trabalhador se sente importante neste processo, pois possibilita ao doador um fim digno, e para a família, informação e conforto, aspectos corroborados por esta investigação.

Apesar de toda dificuldade com a falta de informações e conhecimento dos próprios funcionários da instituição, as trabalhadoras relatam por vezes receber elogios e muitos agradecimentos, tanto da equipe, como dos familiares, o que também contribui muito para o reconhecimento do trabalho outro aspecto importante para saúde mental, como mostra a fala de Valéria: “[...] só nós sabemos o resultado do nosso trabalho. E a gente também ouve muito elogio e agradecimento, o que nos **motiva** muito”. Para Medeiros e Mendes (2015), o reconhecimento leva a vivências de prazer, possibilitando que o sofrimento existente no trabalho seja transformado em prazer e realização, colaborando também com a construção da identidade e da cooperação no trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta geral deste estudo foi investigar a organização do processo de trabalho da equipe de doação de órgãos e tecidos para transplantes do HCU e, em consequência disso, investigar a ocorrência de desgaste mental do trabalhador envolvido neste processo. Como se trata de uma pesquisa no campo da Saúde do Trabalhador, foi importante explicar o processo saúde e doença na sua relação com o trabalho e o estudo dos processos de trabalho, procurando identificar problemáticas relativas a este processo e quais tipos de alterações são necessárias para melhoria das condições e organização do trabalho e para prevenção dos riscos e agravos à saúde dos trabalhadores, assim como pôs foco nas relações entre trabalho, saúde e subjetividade, em uma perspectiva multidisciplinar, o que contextualizou esta pesquisa.

Trouxemos também uma breve da história dos transplantes no Brasil e no mundo, focando a hierarquia e funcionamento existente, assim como a explanação de todo o processo de trabalho padronizado pela legislação vigente. Este breve apanhado histórico foi de extrema importância e nos permitiu discutir melhor os dados obtidos e conhecer todas as etapas do processo de trabalho destas equipes.

A análise do processo de trabalho na CIHDOTT HCU demonstrou que o trabalhador está exposto a riscos de acidentes, biomecânicos, biológicos e riscos para saúde mental. Com isso, foi possível identificar vários problemas, em especial, com relação à organização do trabalho. A jornada de trabalho excessiva e o dimensionamento inadequado de pessoal interferem no modo operatório das tarefas, intensificando o ritmo laboral, gerando sobrecarga e pressões no trabalho – que somadas ao cotidiano conflituoso relativo ao axioma vida e morte, principalmente, nas relações interpessoais com as famílias e da convivência com situações – geram medo e estado de alerta permanentes, assim como aos constrangimentos diários e situações de humilhação nas relações com as equipes intra e extra-hospital. Outro problema é falta de recursos materiais que leva a irritabilidade, ansiedade, angústia, culpa, tristeza, sentimento de desamparo, insônia, fadiga, cansaço, estresse e alterações de comportamento, podendo gerar transtornos mentais. Este quadro caracteriza o processo de desgaste dos trabalhadores, em particular, o desgaste mental, compatível com o segundo nível caracterizado por Seligmann-Silva (2011) como variações do mal-estar, e confirma a hipótese deste estudo de que *o modo como está organizado o processo de trabalho da CIHDOTT HCU leva ao desgaste mental dos trabalhadores.*

Apesar das vivências de desprazer e sofrimento no trabalho de doação de órgão e tecidos para transplantes, os trabalhadores também experimentam prazer, alegria, felicidade e gratidão, tendo em vista que o trabalho da CIHDOTT HCU é fonte de satisfação pulsional, sendo um meio de sublimação porque as pessoas estão afetivamente ligadas a ele, ou seja, há erotismo na relação com o trabalho, o que o torna um derivativo poderoso para lidar com a vida e o sofrimento, como já nos alertava Freud (1930), em que a “ênfase no trabalho” se constitui em uma técnica na arte de viver, uma forma de engate do sujeito no circuito social, evidente neste estudo.

Para finalizar, frente a toda problemática apresentada, torna-se necessário reorganizar o processo de trabalho na CIHDOTT, com o objetivo de extinguir ou pelo menos minimizar os riscos de agravos advindos das condições e do processo de trabalho nocivos à saúde, restabelecendo a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, em especial, a saúde mental. Nesse contexto, o replanejamento do trabalho não visa apenas melhorar as condições de saúde do trabalhador, mas também melhorar toda a qualidade do processo e do produto final, evitando “retrabalho” ou mesmo perda de material. Neste sentido, é necessário reconhecer que apesar de existirem interesses opostos e contraditórios dentro do mesmo local de trabalho, é possível uma organização que traga tanto melhoria das condições para o trabalhador, quanto melhoria na produtividade e qualidade do produto final, como alerta Sato (2002).

Dentre as propostas de replanejamento do trabalho na CIHDOTT HCU, sugerimos: novo dimensionamento de pessoal, com expansão do quadro de funcionários do setor, e contratação de um auxiliar administrativo para solução das questões burocráticas (administrativas) do serviço; construção de um fluxo de notificação de óbitos hospitalares à CIHDOTT, a fim de evitar busca ativa contínua; disponibilização de exames complementares para o diagnóstico de ME em todos os dias da semana; adoção de uma “Política de doação de órgãos e tecidos”, com a finalidade de padronizar as condutas relacionadas ao processo de doação, procurando impedir a interferência de opiniões pessoais como ‘ser contra a doação de órgãos’; uma impressora para o próprio setor, com o propósito de tornar mais eficiente o processo e de evitar longas distâncias de deslocamento; melhorar a articulação do serviço social e do serviço de psicologia junto ao acolhimento dos familiares no hospital, assegurando que todas as informações pertinentes sejam repassadas aos responsáveis; capacitação periódica de todos os profissionais que tenham contato com a família, todos que farão o diagnóstico de morte encefálica e também da equipe da CIHDOTT; comunicação em tempo

real entre as equipes (externas e da CIHDOTT), não onerando o sistema e nem prejudicando nenhuma das partes; maior disponibilidade de voos para transporte de órgãos e equipes transplantadoras; reduzir atrasos nos transportes das equipes externas; agilizar a oferta de órgãos e elaboração da logística necessária à captação; e instituir reuniões mensais com os membros da equipe da CIHDOTT para discutir os casos trabalhados, com o intuito de buscar melhorias, detectar pontos críticos, e até mesmo identificar sinais de adoecimento entre os trabalhadores.

Quanto ao local para realização das entrevistas familiares, considerando que os óbitos podem ocorrer em qualquer setor do hospital, e que esses trabalhadores se deslocarão de qualquer forma, a proposta é que existam, espalhadas em pontos estratégicos no hospital, salas de atendimento multidisciplinar, isto é, locais que possam ser utilizados por qualquer profissional, seja para atendimentos aos familiares, seja para discussão de casos ou mesmo reuniões de equipe. As salas deverão ser bem equipadas, aconchegantes, de forma a garantir o bom acolhimento das famílias, evitando grandes deslocamentos desnecessários pelo hospital, como pedem os próprios trabalhadores.

O estudo demonstrou que o trabalho com doação tem características intrínsecas que geram riscos para a saúde mental dos trabalhadores, tendo em vista a carga psíquica em jogo como, por exemplo: o contato com o sofrimento da família, com vida e morte, com perdas de um ente querido, de pessoas jovens, a ocorrência de acidentes traumáticos, a frustração frente à recusa familiar para a doação de múltiplos órgãos, a não utilização de órgãos doados ou mesmo um transplante sem sucesso. Sendo assim, já que o contato contínuo com o sofrimento, ao longo do tempo, desencadeia o desgaste mental, uma sugestão fundamental para minimizar estes riscos, procurando prevenir agravos e também promover a saúde e o enfrentamento do dia-a-dia conflituoso, é um acompanhamento psicológico para a equipe CIHDOTT.

Para que o trabalhador em doação de órgãos mantenha suas atividades diárias com qualidade, é fundamental que acredite no benefício da doação e que tenha condições internas para lidar com os conflitos cotidianos, podendo assim desempenhar seu trabalho sem adoecer. O presente estudo vem despertar a necessidade urgente de que os órgãos governamentais passem a constituir estratégias na área da Saúde do Trabalhador, preocupando-se em proporcionar às equipes envolvidas em todo o processo de doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos, condições mais adequadas diante desta cruel realidade que vivenciam rotineiramente: a morte e a vida. Como afirma Seligmann-Silva (2011, p. 560):

“[...] após vencer o medo, será também possível reencontrar o sentido da (re) construção solidária da saúde e do trabalho, assim como o de um mundo no qual a dignidade humana seja restaurada e a vida seja revalorizada. Vida na qual cada um possa assumir o direito de ser dono de si mesmo.”

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M.; ARAÚJO, T.; CAVALCANTE, M.; CHAVES, E.; ROLIM, E. Perfil de doadores efetivos de órgãos e tecidos no estado do Ceará. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 3, p. 353-360, jul./set. 2010.
- ALBUQUERQUE, J. A. G. **Instituição e Poder**: a análise concreta das relações de poder nas instituições. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1980.
- ALMEIDA, E. C. **Doação de órgãos e visão da família sobre atuação dos profissionais neste processo**: revisão sistemática da literatura brasileira. 2011. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-19012012-105053/pt-br.php>>. Acesso em: 05 jan. 2017.
- AMORIM, S. F.; BRUSCATO, W. L.; MARTINS, L. A. W. Síndrome de Burnout em enfermeiros captadores de órgãos de doadores cadáveres para transplante: um estudo preliminar. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 1, n. 53, p. 1-5, 2008.
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004.
- _____. **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2013.
- _____. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO. 2008. **Infoproletários**: degradação real do trabalho virtual. São Paulo: Boitempo, p. 231-238, 2009.
- ARCANJO, R. A.; OLIVEIRA, L. C.; SILVA, D. D. Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Revista Bioética**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 119-25, 2013.
- AREIAS, M. E. Q.; COMANDULE, A. Q. Qualidade de Vida, Estresse no Trabalho e Síndrome de Burnout In: VILARTA, Roberto; CARVALHO, Teresa Helena Portela Freire de; GONÇALVES, Aguinaldo; GUTIERREZ, Gustavo Luis (org.). **Qualidade de Vida e Fadiga Institucional**, Campinas: IPES Editorial, 2006.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA EM TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS – ABTO. **Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) de 2016 – janeiro a setembro**. São Paulo: [s.n.], 2016. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?c=1092&mn=476>>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA – AMIB. **Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial adulto falecido**. São Paulo: AMIB, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. Edições 70, São Paulo: LDA, 2011.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T.A. **Construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 1987.

BLEGER, J. **Temas de Psicologia**: entrevista e grupos. Tradução de Rita Maria M. de Moraes. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº. 2.268, de 30 de junho de 1997. Altera os dispositivos da Lei nº. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/d2268.htm>. Acesso em 05 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº. 9.175, de 18 de outubro de 2017. Regulamenta a Lei nº. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 2017. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2017/decreto-9175-18-outubro-2017-785591-publicacaooriginal-153999-pe.html>>. Acesso em 22 dez. 2017.

_____. **Casa Civil**. Lei nº. 9.601, de 21 de janeiro de 1998. Dispõe sobre o contrato de trabalho por prazo determinado e dá outras providências. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9601.htm>. Acesso em: 01 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº. 8489, de 18 de novembro de 1992. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/L8489.htm>. Acesso em: 29 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 9434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm>. Acesso em: 13 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº. 10.211, de 23 de março de 2001. Regulamenta a Lei nº. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10211.htm>. Acesso em: 05 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.752, de 23 de setembro de 2005. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 2005. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=855>. Acesso em: 05 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.262, de 16 de junho de 2006. Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação

de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1262_16_06_2006.html>. Acesso em 05 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 2009. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/pdf/portarias/portaria2600.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Resolução-RDC nº. 347, de 02 de dezembro de 2003. Determina Normas Técnicas para o Funcionamento de Bancos de Olhos. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 2003. Disponível em: <http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=75&Itemid=1>. Acesso em: 31 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Resolução-RDC nº. 55, de 11 de dezembro de 2015. Dispõe sobre as Boas Práticas em Tecidos humanos para uso terapêutico. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 2015. Disponível em: <<http://bibliofarma.com/rdc-n-55-de-11-de-dezembro-de-2015/>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

_____. Ministério do Trabalho. Lei nº. 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nºs 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 2017. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13467-13-julho-2017-785204-publicacaooriginal-153369-pl.html>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

CINQUE, V.; BIANCHI, E. A tomada de decisão das famílias para a doação de órgãos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 69-73, jan./mar. 2010a. <https://doi.org/10.5380/ce.v15i1.17174>

_____; _____. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 996-1002, 2010b. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400020>

CLOT, Y. **Travail et pouvoir dágir**. Paris: PUF, 2008.

COELHO, J. C. U.; MATIAS, J. E. F.; GODOY, J. L. Atualidades e perspectivas dos transplantes de órgãos. **Urban C.A. Bioética Clínica**, Rio de Janeiro, p. 449-458, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº1480 de 1997**. Brasília: CFM, 1997. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm>. Acesso em: 13 maio 2015.

_____. **Resolução CFM nº. 1826 de 24 de outubro de 2007**. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da

determinação de morte encefálica de individuo não doador. Brasília: CFM, 2007. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1826_2007.htm>. Acesso em: 31 jul. 2017.

_____. **Resolução CFM nº. 2173 de 15 de dezembro de 2017.** Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Brasília: CFM, 2017. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>>. Acesso em: 22 dez 2017.

DALBEM, G.; CAREGNATO, R. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. **Texto & Contexto Enfermária**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 728-35, out./dez. 2010. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400016>

DEJOURS, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** Brasília: Editora Fiocruz, 2004a.

_____. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, abr./jun. 1986.

_____. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004b.

DUNKER, C. I. L. **Mal-estar, sofrimento e sintoma:** uma psicopatologia do Brasil entre muros, São Paulo: Boitempo, 2015.

ENRIQUEZ, E. **Da horda ao Estado** 2. Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

FRANCK, T.; DRUCK, G. Mesa redonda: o trabalho contemporâneo: precarização e saúde mental. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO. 2008. São Paulo: [s.n.], Nov. 2008.

FREUD, S. **Inibições, sintomas e angústia.** Rio de Janeiro: Imago, v. 20, p.107-210. 1926. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

_____. **O mal-estar na civilização.** Rio de Janeiro: Imago, v. 21, p.75-177. 1930. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social:** ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. São Paulo: Idéias e letras, 2007. 338p.

GUIDO, L. A.; LINCH, G. F. C.; ANDOLHE, R.; CONEGATTO, C. C.; TONINI, C. C. Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 6, nov./dez. 2009.

JOAO, L. F.; SILVEIRA, D. C. Os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes – CIHDOTT. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 44, n. 4, p. 82-86, 2015.

LACAZ, F. A. C. L. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.

LAURELL, A. C.; MARQUÉZ, M. **El Desgaste Obrero En México. Processo De Producción Y Salud**. México: Editora Era, 1983.

_____ ; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

LIMA, A. A. F. Doação de órgãos para transplante: conflitos éticos na percepção do profissional. **Revista O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 27-33, 2012.

_____ ; SILVA, M. J. P.; PEREIRA, L. L. L. Sofrimento e contradição: o significado da morte e do morrer para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante. **Revista Enfermería Global**, São Paulo, v. 1, n. 15, p. 1-16, 2009.

LIMA, E. D. R. P; MAGALHÃES, M. B. B; NAKAMAE, D. D. Aspectos ético-legais da retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 5-12, Out. 1997.

MAIA, B.; AMORIM, J. Morte encefálica: conhecimento de acadêmicos de enfermagem e medicina. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 1088-1091, 2009.

MARTY, P. **Les mouvements individuels de vie et de mort**. Paris: Payot, 1976.

_____. **Lórdre psychosomatique**: les mouvements individuals de vie et de mort. Paris: Payot, 1980.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital; (tradução de Rubes Enderle). São Paulo: Editora Boitempo, 2013.

MATESANZ, R. (ed.). **El modelo español de coordinación de transplantes**. 2. ed. Madrid: Aula Medica Ediciones, 2008.

MATTIA, A. L. D; ROCHA, A. D. M; FILHO, J. P. A. F; BARBOSA, M. H; RODRIGUES, M. B; OLIVEIRA, M. G. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Bioethikos – Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 66-74, 2010.

MEDINA-PESTANA, J. O.; GALANTE, N. Z.; TEDESCO-SILVA, H.; HARADA, K. M; GARCIA, V. D.; FILHO, M. A.; CAMPOS, H. H.; SABBAGA, H. O contexto do transplante renal do Brasil e sua disparidade geográfica. **Jornal Brasileiro em Nefrologia**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 472-484, 2011.

<https://doi.org/10.1590/S0101-28002011000400014>

MEDEIROS, S. N.; MENDES, A. M. Clínica psicodinâmica do trabalho e CRM: cooperação e relacionamento interpessoal. **Revista Conexão SIPAER**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 25-44, 2013.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.
<https://doi.org/10.1590/S0034-8910199100050003>

MENESES, E.; SOUZA, M.; BARUZZI, R.; PRADO, M.; GARRAFA, V. Análise bioética do diagnóstico de morte encefálica e da doação de órgãos em hospital público de referência do Distrito Federal. **Revista Bioética**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 397-412, 2010.

MENEZES, L. S. **Psicanálise e Saúde do trabalhador**: nos rastros da precarização do trabalho, Primavera Editorial: São Paulo, 2012.

_____. **Um olhar psicanalítico sobre a precarização do trabalho**: Desamparo, pulsão de domínio e servidão. 2010. 241 f. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-19102010-120022/en.php>>. Acesso em: 01 ago. 2017.

MINAYO, C.S. (org.). **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009.

_____; COSTA, S. M. F. T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 21-32, 1997.

_____; LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.
<https://doi.org/10.1590/S1413-8123200500040002>

_____. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

MININEL, V. A.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 1-9, 2011.

MORAES, E.; SILVA, L.; MORAES, T.; PAIXÃO, N.; IZUMI, N.; GUARINO, A. O perfil de potenciais doadores de órgãos e tecidos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 5, p. 716-720, set./out., 2009.
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000500019>

MOURA, L. C.; SILVA, V. S. **Manual do núcleo de captação de órgãos**: iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT. Barueri: Minha Editora, 2014.

NATHAN, H. M.; CONRAD, S. L.; HELD, P. J.; MCCULLOUGH, K. P.; PIETROSKI, R. E.; SIMINOFF, L. A et al. Organ donation in the United States. **American Journal of Transplantation**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 29-40, 2003.

NORONHA, M.; SETER, G.; PERINI, L.; SALLES, F.; NOGARA, M. Estudo do perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos e motivos da não doação no Hospital Santa Isabel em Blumenau. **Revista da AMRIGS – Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v. 56, n. 3, p. 199-203, jul./set. 2012.

OLIVEIRA, E. V. M. *et al.* Aspectos sociais e subjetivos na representação da morte: implicações laborais aos profissionais que lidam diariamente com a morte. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, n. 2011, v. 6, 2011.

PAPPARELLI, R. **Desgaste mental do professor da rede pública de ensino**: trabalho sem sentido sob a política da regularização de fluxo escolar. 2009. 194 f. Tese de Doutorado em Psicologia – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-07122009.../tesepaparelli2009.pdf> Acesso em: 10 ago. 2016.

PAPPARELLI, R.; SATO, L.; OLIVEIRA, F. A Saúde Mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 118-127, 2011.

<https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000100011>

PEREIRA, W.A (coord.). **Diretrizes básicas para a captação de múltiplos órgãos** da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. São Paulo: ABTO, 2009.

PERUCHI, F.; BOUSSO, R. Perfil de famílias abordadas para a doação de órgãos do filho. **Revista RENE – Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 18-25, maio/ago. 2007.

PÉRILLEUX, T.; MENDES, A. M. O enigma dos sintomas: proposição para uma escuta psicanalítica e política do sofrimento no trabalho. **Revista Trivium Est. Interd.**, Rio de Janeiro, Ano VII, p. 61-73, 2015.

PITTA, A. M. F. **Hospital**: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1999.

ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P.(org.). **Isto é trabalho de gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

ROHM, R. H. D.; LOPES, N. F. R. O novo sentido do trabalho para o sujeito pós-moderno: uma abordagem crítica. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, art. 6, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cebapec/v13n2/1679-3951-cebapec-13-02-00332.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

ROSA, P. L. F. S. *et al.* Percepção da duração do sono e da fadiga entre trabalhadores de enfermagem. **Revista enfermagem da UERJ**, v. 15, n. 1, p. 100-106, 2007.

SANTANA, L.L. *et al.* Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. **Revista gaúcha de enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 34, n. 1, p. 64-70, 2013.

SANTOS, M. J. D.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 382-387, 2005.

<https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000300013>

SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5; p. 1147-1166, set./out. 2002.

SCHELEMBERG, A.; ANDRADE, J.; BOING, A. Notificações de mortes encefálicas ocorridas na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Governador Celso Ramos à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos: análise do período 2003-2005. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 36, n. 1, p. 30-36, 2007.

SCHMIDT, M. L. G.; SELIGMANN-SILVA, E. Entrevista com Edith Seligmann-Silva: saúde mental relacionada ao trabalho - concepções e estratégias para prevenção. **Revista Laborativa**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 103-109, Out. 2017.

SECCO, I. A. O.; ROBAZZI, M. L. C. C.; SOUZA, F. E. A.; SHIMIZU, P. S. Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de Hospital de Ensino do Paraná, Brasil. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-17, 2010.

<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i1p1-17>

SELIGMANN-SILVA, E. A inter-relação trabalho-saúde mental: um estudo de caso. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 70-90, Set./Out. 1992.

SELIGMANN SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

SENNET, R. **A corrosão do caráter**. Rio de Janeiro: Record, 1999. Publicação original em 1998.

SILVA JR, N.; DUNKER, C. I. L.; COELHO, B.; SMID, D.; *et al.* **A psicanálise e o neoliberalismo**: entrevista com Caterina Koltai, Christian Dunker, Maria Rita Kehl, Nelson da Silva Jr., Paulo Endo e Rodrigo Camargo. [S.l: s.n.], 2017.

SOUZA, S. S. *et al.* Situações de estresse vivenciadas pela equipe de enfermagem no cuidado ao potencial doador de órgãos. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 42-52, 2013.

TEIXEIRA, R.; GONÇALVES, T.; SILVA, J. A intenção de doar órgãos é influenciada pelo conhecimento populacional sobre morte encefálica? **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 258-262, 2012.

<https://doi.org/10.1590/S0103-507X2012000300009>

WESTPHAL, G.A. (coord.). Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 220-255, 2016.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

*Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Um olhar sobre a saúde dos trabalhadores de doação de órgãos e tecidos”, sob a responsabilidade das pesquisadoras **Lucianne Sant’Anna de Menezes e Ana Rita Barreto Bernardes**. Nesta pesquisa estamos buscando entender a organização do processo de trabalho na área de doação de órgãos e tecidos para transplantes de modo a poder identificar aspectos que afetam a saúde dos trabalhadores e se há ocorrência de desgaste relacionado ao trabalho; pretende-se também conhecer o perfil desta equipe envolvida; com isso, contribuir para o planejamento de ações que promovam a melhoria das condições de trabalho e prevenção de riscos e agravos à saúde desses profissionais. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora **Ana Rita Barreto Bernardes**, antes da coleta de dados e no próprio Hospital de Clínicas de Uberlândia. Em sua participação, você será submetido (a) a uma entrevista individual previamente elaborada pelas pesquisadoras, sobre o seu trabalho; irá responder também a um questionário social, com dados como religião, turno de trabalho, dentre outros; e, por fim, o entrevistador irá observar sua equipe em um dia de trabalho para maiores informações. O questionário e a entrevista serão aplicados e realizados em local (sala) previamente reservado pelas pesquisadoras, dentro do HC UFU, visando garantir a privacidade das informações e do entrevistado (a). O tempo previsto de duração será de uma hora. As entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra e destruídas após a transcrição. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. O risco inicial seria relacionado à identificação dos participantes, contudo a equipe executora se compromete com o sigilo absoluto da identidade do mesmo. A investigação será suspensa de imediato quando o trabalhador, objeto da pesquisa, não quiser participar ou parar de responder. Esta pesquisa tem como benefícios a promoção e prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores da área de doação de órgãos e tecidos para transplantes e à semelhança para os demais profissionais do HC UFU. A partir deste estudo, será possível propor medidas de prevenção de riscos e agravos à saúde do trabalhador, e melhorar a qualidade do processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Ana Rita Barreto – (34) 32182097 – Av. Pará, 1720 – CIHDOTT HC UFU e com a Dra Lucianne Sant’Anna de Menezes na sala 21 Bloco 2C (Campus UMUARAMA - Instituto de Psicologia). Poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.*

Uberlândia, de de 201.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI DIRIGIDA

1. Apresentação do projeto ao entrevistado
2. Fale-me sobre sua experiência no trabalho de doação de órgãos e tecidos para transplantes.
3. “Fale-me sobre um dia de trabalho”
 - a. Investigação da organização do processo produtivo e condições de trabalho
 - b. Jornada de trabalho
 - c. Ritmo de trabalho
 - d. Atividades desenvolvidas
 - e. Divisão de tarefas
 - f. Cargas de trabalho envolvidas
 - g. Relacionamento interpessoal (colegas e chefia)
 - h. Estrutura física disponível (ambiente de trabalho)
 - i. Afastamentos, atestados, licenças
 - j. Motivações no trabalho
4. Qual o significado do seu trabalho para você?
5. O seu trabalho interfere em sua vida pessoal?
6. Se você pudesse mudar o seu trabalho, como seria?
7. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Código: _____ **Idade:** _____

Gênero: () Masculino () Feminino

Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Sem religião () Outra: _____

Estado Civil: () Solteiro () Em união () Separado/ Divorciado () Viúvo

Turno de trabalho: () Dia () Noite () Dia e Noite

Há quanto tempo atua na área da Saúde?

() menos que 01 (um) ano () de 01 a 02 anos () de 02 a 04 anos

() acima de 05 anos – Quantos? _____

Há quanto tempo atua no HC-UFU?

() menos que 01 (um) ano () de 01 a 02 anos () de 02 a 04 anos

() acima de 05 anos – Quantos? _____

Há quanto tempo atua na área de doação ou transplante?

() menos que 01 (um) ano () de 01 a 02 anos () de 02 a 04 anos

() acima de 05 anos – Quantos? _____

Há quanto tempo atua na equipe de doação de órgãos e tecidos do HC-UFU?

() menos que 01 (um) ano () de 01 a 02 anos () de 02 a 04 anos

() acima de 05 anos – Quantos? _____

Qual sua jornada de trabalho semanal?

() 20 horas () Até 30 horas () Até 40 horas () + de 40 horas

Atua em outras instituições ou serviços?

() Sim Jornada de Trabalho: _____ Qual? _____ () Não