

Percepção da necessidade de ampliação da rede de banco de pele no Brasil: narrativas do percurso de enfermeira

Perception of the need to expand the skin bank network in Brazil: narratives of the nurse journey

Mariane Ferreira Barbosa Emerick*

Katia Torres Batista**

Resumen

Este estudio parte de las trayectorias en la práctica de enfermería en un centro de tratamiento de quemados y en el Centro Nacional de Trasplantes para la percepción de la necesidad de ampliar la red de bancos de piel en Brasil. Método: investigación cualitativa en la que el sujeto de investigación/autor es el protagonista de la investigación. Resultados: fue realizado en Brasilia, en los servicios del Centro Nacional de Trasplantes (CNT) en el período de 2018 a la actualidad y en la unidad de atención de quemados del Hospital Regional de Asa Norte durante el período de 2013 a 2015. Los resultados del estudio indican el aprendizaje como las posibilidades y obstáculos en la atención de las quemaduras en el principal centro de atención en el Distrito Federal y la CNT. Conclusión: la narración de la experiencia en los servicios de quemados y el CNT, trajo a la reflexión los problemas vivenciados específicos para el cuidado de los pacientes gravemente quemados y el CNT, como la falta de donantes, la necesidad de expansión de la red de banco de piel. Además, la necesidad de una discusión bioética para encontrar herramientas para enfrentar las barreras y obstáculos hallados, desde la perspectiva latinoamericana e intervencionista, buscando pensar diferente, revisando las normas y leyes, visualizando los dilemas y problemas relacionados con el tema, teniendo para esta discusión el referente de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

Palabras clave: quemaduras, trasplantes, enfermería, cuidado del paciente, bioética

Resumo

Este estudo parte dos caminhos na prática de enfermeira em Centro de tratamento de queimaduras e na Central Nacional de Transplantes para percepção da necessidade de ampliação da rede de banco de pele no Brasil. Método: pesquisa qualitativa investigativa em que o sujeito/autor da pesquisa é o protagonista da investigação. Resultados: foi realizado em Brasília, nos serviços da Central Nacional de Transplantes (CNT) no período 2018 até os dias de hoje e na Unidade de atendimento a queimaduras do Hospital Regional da Asa Norte durante o período de 2013 a 2015. Os resultados do estudo indicam os aprendizados quanto as possibilidades e entraves no atendimento as queimaduras no principal centro de atendimento no Distrito Federal e na CNT. Conclusão: a narrativa da vivência nos serviços de queimaduras e da CNT trouxe para reflexão os problemas vivenciados específicos aos atendimentos dos

¹ Enfermeira especialista em Pacientes Queimados, mestranda do programa de pós-graduação em bioética da UnB. marianefb.emerick@yahoo.com.br

^{**} Médica, Pesquisadora, Orientadora de mestrado do programa de pós-graduação em bioética da UnB. E-mail: katiatb@terra.com.br

pacientes queimados graves e pela CNT, tais como a falta de doadores, necessidade da ampliação da rede de banco de pele. Além destes a necessidade da importante discussão bioética para encontrar ferramentas para confrontar as barreiras e entraves encontrados na perspectiva latino-americana e intervencionista, buscando levar as pessoas a pensarem de maneira diferente, revendo as normas e leis, visualizando os dilemas e problemas relacionados ao tema, tendo para esta discussão o referencial da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

Palavras-chave: queimaduras, transplantes, banco de tecido, enfermagem, cuidado do paciente, bioética

Abstract

This study establishes the background in the practice of a nurse in a burn treatment center and in the National Transplant Center which led to the perception of the need to expand the skin bank network in Brazil. Method: investigative qualitative research in which the research subject/author is the protagonist of the investigation. Results: it was carried out in Brasília, while in the services of the National Transplant Center (Central Nacional de Transplantes - CNT) from 2018 to the present day and in the Burn Care Unit of Hospital Regional da Asa Norte, from 2013 to 2011. The results from this study indicate the learnings related to the possibilities and obstacles in the care of burns in the main care center in the Federal District and in the CNT. Conclusion: the narrative of the experience in the burn services and the CNT caused a reflection about the specific problems experienced connected to the care of severely burned patients and by the CNT, such as the lack of donors, the need to expand the skin bank network. In addition to these, the need for an important bioethical discussion to find tools to confront the barriers and obstacles found, from the Latin American and interventionist perspective, seeking to make people think differently, reviewing the norms and laws, visualizing the dilemmas and problems related to the theme, having for this discussion the reference of the Universal Declaration of Bioethics and Human Rights.

Keywords: burns, transplants, skin bank, nursing, patient care, bioethics

Introdução

É papel do ministério da saúde brasileiro dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro. São obrigações do Ministério da Saúde entre outras áreas, as áreas de atenção de média e alta complexidade, relacionadas aos centros de tratamentos de queimaduras e do sistema nacional de transplantes (Brasil 2021).

No site do Ministério da Saúde Brasileiro¹ consta que o Brasil é referência mundial na área de transplantes e possui o maior sistema público de transplantes do mundo, é o segundo maior transplantador do mundo, atrás dos EUA. Atualmente cerca de 96% dos procedimentos no país são financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê assistência integral e gratuita, exames pré-operató-

rios, procedimentos cirúrgicos, acompanhamento, medicamentos após transplantes e rede pública de saúde.

Em relação a alta complexidade no tratamento de um grande queimado, segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ), estimou-se que ocorreram em torno de 1.000.000 de acidentes por queimaduras ao ano no país. Destes, cerca de 100.000 requerem atendimento a nível hospitalar e 2.500 ao óbito devido às queimaduras e/ou suas complicações (World Health Organization 2008). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), as queimaduras estão associadas com altas taxas de morbimortalidade, limitação funcional, desfiguração e estigma social. Ademais, os procedimentos de média e alta complexidade requerem altos investimentos financeiros, instituições com infraestrutura adequada, e uma equipe multiprofissional especializada e atenta às novas tecnologias.

As vivências descritas na literatura pela equipe de enfermagem com pacientes queimados são de medo, ansiedade, angústias, sentimento de impotência dos pacientes (Oliveira, Moreira e Gonçalves 2012) (Campos e Passos 2016). Estes profissionais são alvo de estresse diário, quase todos os funcionários tentam evitar trabalhar nesse setor devido à complexidade dos casos de pacientes lá internados. Compete a esse profissional participar de todas as etapas, do primeiro atendimento até o término do tratamento.

Para Paul Ricoeur (2010), filósofo francês, um dos expoentes no campo da fenomenologia e da hermenêutica, considerado um dos grandes nomes da filosofia contemporânea, nos seus estudos sobre o tempo e a narrativa, descreveu a importância da narrativa no processo de falar de fatos, pessoas e relações, mediante a construção de um enredo. Para ele a vida dos homens vai para além dos fatos biológicos, pois perpassam pelas histórias narradas e vividas. Partindo disso, a narrativa da vivência dos caminhos na prática de enfermeira em Centro de tratamento de queimaduras e na Central Nacional de Transplantes pretendeu apresentar a análise de discurso proposta por Ricoeur (2010) como referencial metodológico para ampliar a reflexão baseada na bioética de intervenção sobre a necessidade de ampliação da rede de banco de pele no Brasil.

Referencial teórico

1. O Sistema Nacional de transplantes (SNT)

O transplante de órgãos é um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão sólido (coração, fígado, pâncreas, pulmão, rim) ou tecido (medula óssea, ossos, pele, córneas) de uma pessoa doente (receptor) por outro órgão ou tecido normal de um doador, vivo ou morto. Doador vivo é qualquer pessoa saudável que concorde com a doação, desde que não prejudique a sua própria saúde. O doador vivo pode se dispor a doar um dos rins, parte do fígado ou do pulmão e medula óssea. Pela

lei, parentes até o quarto grau e cônjuges podem ser doadores. Fora desse critério, somente com autorização judicial. Já o doador falecido é a pessoa em morte encefálica cuja família pode autorizar a doação de órgãos e/ou tecidos, assim como a pessoa que tenha falecido por parada cardíaca que, nesse caso, poderá doar tecidos. Recomendados os critérios para triagem de doenças, entre elas, do coronavírus nos candidatos à doação de órgãos e tecidos.

A morte encefálica é a perda completa e irreversível das funções encefálicas (cerebrais), definida pela cessação das funções corticais e de tronco cerebral, portanto, é a morte de uma pessoa. Assim, após a parada cardiorrespiratória, pode ser realizada a doação de tecidos (córnea, pele, musculoesquelético, por exemplo). A Lei 9.434/97 (Brasil 1997) e complementada pela Lei 10.211/2001 (Brasil, 2001) e Decreto 9.175/2017 (Brasil 2017a) que estabelece que doação de órgãos pós morte só pode ser feita quando for constatada a morte encefálica por médico com capacitação específica, obedecendo ao protocolo estabelecido e regulamentado pelo Conselho Federal de Medicina e após o consentimento familiar. É função do Ministério da Saúde (Brasil 2001):

- I. Coordenar as atividades de que trata do Decreto 9.175/2017;
- II. Expedir normas e regulamentos técnicos para disciplinar os procedimentos estabelecidos neste Decreto, o funcionamento ordenado e harmônico do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e o controle, inclusive social, das atividades desenvolvidas pelo Sistema (Brasil 2001);
- III. Autorizar o funcionamento de Central Estadual de Transplantes (CET);
- IV. Autorizar estabelecimentos de saúde, bancos de tecidos ou células, laboratórios de histocompatibilidade e equipes especializadas a promover retiradas, transplantes, enxertos, processamento ou armazenamento de órgãos, tecidos, células e partes

- do corpo humano, nos termos estabelecidos no Capítulo II (Brasil 2001);
- V.** Cancelar ou suspender a autorização de estabelecimentos de saúde ou de equipes e profissionais que não respeitem as regras estabelecidas neste Decreto, sem prejuízo das sanções penais e administrativas previstas no Capítulo V da Lei nº 9.434, de 1997, mediante decisão fundamentada e observados os princípios do contraditório e da ampla defesa (Brasil 2001);
 - VI.** Articular-se com os integrantes do SNT para viabilizar seu funcionamento;
 - VII.** Prover e manter o funcionamento da CNT (Central Nacional de Transplantes) (Brasil 2001);
 - VIII.** Gerenciar a lista única de espera de receptores, de forma a garantir a disponibilidade das informações necessárias à busca de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes; sendo que a lista única de espera de receptores será constituída pelo conjunto das seguintes listas: 1: lista regional, nos casos que se aplique; 2 lista estadual; 3: lista macrorregional; e 4: lista nacional (Brasil 2001).

O grupo de assessoramento estratégico (GTA) criado desde 1998, auxilia a Coordenação Nacional do SNT, órgão formado pelo Ministério da Saúde e Secretarias (Quadro 1) no exercício de suas funções.

Quadro 1 – Sistema Nacional de Transplantes

I.	O Ministério da Saúde;
II.	As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal;
III.	As Secretarias de Saúde dos Municípios;
IV.	As Centrais Estaduais de Transplantes – CET;
V.	A Central Nacional de Transplantes – CNT

Desde 2000, a Central Nacional de Transplantes (CNT) faz a articulação de ações relacionadas a transplante de órgãos e tecidos entre os diferentes estados da federação e com os demais integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, da rede nacional de transplantes conforme descrito no Quadro 2.

A criação da CNT levou à maior equidade e transparência na distribuição de órgãos e tecidos para transplantes e enxertos. Isso foi resultado da constante necessidade de aperfeiçoar o processo de gerenciamento e controle das listas de receptores estaduais, regionais e nacional. Outro motivo foi o reconhecimento da necessidade de estabelecer

mecanismos e critérios que permitissem a adequada captação de órgãos e sua consequente distribuição, sempre respeitando critérios de compatibilidade, urgência e tempo de espera, para que os órgãos e tecidos sejam destinados aos receptores ideais.

A partir de janeiro de 2001 o Ministério da Saúde celebrou um Termo de Acordo de Cooperação Técnica entre Comando da Aeronáutica, Infraero, empresas aéreas e as concessionárias dos principais aeroportos. Esta parceria foi de extrema importância para o Sistema Nacional de Transplantes, uma vez que permite o transporte gratuito dos órgãos e tecidos entre os estados, bem como das equipes médicas de retirada.

Quadro 2 – Rede Nacional de Transplante

27	Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos
14	Câmaras Técnicas Nacionais
506	Centros de Transplantes
825	Serviços habilitados
1265	Equipes de Transplantes
63	Bancos de Tecidos
13	Bancos de sangue de Cordão Umbilical Públicos
574	Comissões Intra-hospitalares de Doação e Transplantes
72	Organizações de Procura de órgão

2. Os bancos de tecidos

Os bancos de tecidos são especializados no processamento e na conservação de enxertos de tecidos, tais como pele, osso, cartilagem, tendão, córneas, valvas etc., doados para transplantes alógenos (a parte é doada por outra pessoa), fornecendo tecidos de alta qualidade técnica e seguros para transplante. Atualmente são assim classificados (Brasil 2015):

- » Banco de Tecidos Oculares (BTOC)
- » Banco de Tecidos Cardiovasculares (BTCV)
- » Banco de Tecidos Musculoesqueléticos (BTME)
- » Banco de Peles (BP)

2.1 Banco de Pele

A pele tem aplicação no tratamento de queimaduras ou de feridas crônicas, como as feridas na perna decorrentes do diabetes ou de úlcera venosa.

A necessidade de estruturas organizadas, destinadas a processar e armazenar tecidos humanos para transplante por longo tempo, sempre foi um consenso entre os envolvidos com o tratamento de vítimas de queimaduras extensas ou de tumores ósseos, a portaria 2600/09 (Brasil 2009), mais tarde

revogada pela Portaria de Consolidação nº4/2017 (Brasil 2017b) dispõe sobre os transplantes, inclusive de pele. A pele processada vai funcionar como um curativo biológico para pacientes que sofreram graves queimaduras. No início do tratamento do queimado, são realizados desbridamentos (retirada da pele queimada). A pele transplantada será utilizada em substituição aos tecidos carbonizados e mortos que foram retirados. Sofrerá, então, um processo de integração, permitindo que o paciente melhore as suas condições clínicas. Ainda são poucos os Centros de Queimados no Brasil. Mesmo nos grandes centros urbanos, os leitos destinados aos pacientes queimados e os profissionais especializados nesta área ainda estão bem abaixo do necessário (Souza, Nogueira e Campos 2018).

3. Centro de Tratamento de Queimaduras (CTQ)

A portaria Nº 1.273/200013, definiu a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados, integradas por Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência a Queimados. Entende-se por Hospital Geral aquele que, embora não especializado na assistência a queimados, seja cadastrado pelo SUS e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para realizar o primeiro aten-

dimento, ambulatorial e de internação hospitalar aos pacientes com queimaduras e por Centros de Referência em Assistência a Queimados, aqueles hospitais/serviços, devidamente cadastrados como tal, que, dispondo de um maior nível de complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos para o atendimento a pacientes com queimaduras, sejam capazes de constituir a referência especializada na rede de assistência a queimados. Organizar a assistência a pacientes com queimaduras, em serviços hierarquizados e regionalizados, com estreita relação com os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências e com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde (Brasil 2000).

Os CTQs, como hospitais de referência em queimaduras, realizam tratamentos de média e alta complexidade, equipe multiprofissional para atendimento, entre médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros, onde são realizados diariamente serviços ambulatoriais, de internação e de emergência que funcionam 24 horas.

Objetivo

Narrar os conflitos éticos no processo de doação de pele para transplante, dos entraves para a solicitação e disponibilização do tecido a partir da perspectiva da bioética da intervenção.

Metodologia

No plano metodológico buscou-se a pesquisa narrativa autorreferente, a partir da vivência e percepção da pesquisadora sobre a realidade das queimaduras e dos transplantes em sua atuação como enfermeira no período de setembro/2018 até os dias atuais e na Unidade de atendimento a queimaduras do Hospital Regional da Asa Norte durante o período de março/2013 a fevereiro/2015.

Desenvolvimento

1. Cenário do estudo

O Distrito Federal faz parte das 27 unidades federativas do país, sendo dividida em 33 regiões administrativas, ocupando uma área de 5 760,784 km², situando a capital federal do Brasil, a saber Brasília, apresentando uma população aproximada de 3.055.149 habitantes (Brasil 2021a) (Brasil 2021b). A capital federal conta com 16 hospitais públicos, entre eles o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), referência no tratamento do paciente queimado, credenciado pelo Ministério da Saúde 16. Atende aproximadamente 200 pacientes por mês vítimas de queimaduras, sendo que aproximadamente 20 carecem de internação hospitalar (Brasil 2021b) (Brasil 2021c).

O paciente vitimado por queimadura é atendido no HRAN a nível ambulatorial e nos casos mais graves a nível de internação, por uma equipe multidisciplinar, composto por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, psicólogo, psicopedagoga, nutricionista, fisioterapeutas, farmacêutica e terapeuta ocupacional, farmacêutico, ou seja, um atendimento integral e diferenciado. A Unidade de Tratamento de Queimados possui 2 salas para balneoterapia, 1 sala de curativo, 1 centro cirúrgico (sala cirúrgica e recuperação anestésica), 1 ambiente para entretimento e 16 leitos para paciente em fase aguda da queimadura. O pronto socorro queimadura HRAN funciona 24 horas, 7 dias por semana e estima-se que no ano de 2020 foram realizados 2.135 (Brasil 2021b) (Brasil 2021c) (Brasil 2020) atendimentos de pacientes com queimaduras. É válido ressaltar que também faz parte do atendimento ao queimado o ambulatório, que funciona de portas abertas, de segunda-feira a sexta-feira, com o horário de funcionamento entre as 08h-14h e das 14h-18h, com a realização de troca de curativos e acompanhamentos das queimaduras de baixa complexidade, bem como o acompanhamento dos pacientes de alta hospitalar da UTQ, no ano de 2020 foram realizados 4.917 (Brasil 2021b) (Brasil 2021c) (Brasil 2020) consultas e troca de curativos.

O outro cenário do estudo relaciona-se com a Central Nacional de Transplantes (CNT), situada na capital Federal no Ministério da Saúde, sendo o braço operacional do Sistema Nacional de Transplantes, funcionando 7 dias por semana e 24h por dia. A CNT é responsável pela articulação com as Centrais Estaduais, apoiar o gerenciamento, distribuição e alocação dos órgãos, levando em consideração as especificidades de cada órgão, bem como o tempo de isquemia, acessibilidade e logística do órgão. Considerando os critérios estabelecidos na legislação vigente, garantindo o melhor aproveitamento e equidade na sua destinação.

2. Formação

No ano 2008 ingressei no curso de Bacharel em Enfermagem na Universidade Católica de Brasília, concluindo após 5 anos de curso no ano de 2012. Os estágios foram diversos e com base nas teorias gerais da enfermagem. Anatomia geral e aplicada, biofísica, bioquímica, citologia e histologia, embriologia, fisiologia geral e aplicada, genética, microbiologia, parasitologia, patologia, farmacologia geral e aplicada, psicologia, psiquiatria, saúde coletiva I e II, imunologia, enfermagem cirúrgica, saúde do adulto, saúde da criança e do adolescente, paciente crítico, saúde da mulher e neonato, saúde do idoso, nutrição e dietoterapia. Após o término do curso de enfermagem prestei processo seletivo para ingresso em programas de residência em área profissional da saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências Saúde – FEPECS (residência SES DF) - modalidades de ensino de Pós-Graduação Lato Sensu sob a forma de cursos de especialização, caracterizado por ensino em serviço - Residência em Enfermagem em Pacientes Queimados no ano 2013, sendo a área de Concentração a Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte, com duração de 2 anos, carga Horária Total (da Área de Concentração): 5760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas - 60 (sessenta) horas semanais; carga Horária Teórica de 1152 (mil cento e cinquenta e duas) horas e carga Horária Prática de 4608 (quatro mil seiscentos e oito) horas; regime de dedicação exclusiva. Com enfoque principal em bases nas teorias gerais da enferma-

gem: Anatomia e fisiologia da pele; Atendimento pré-hospitalar do queimado; Exame físico do paciente queimado; Fisiopatologia da queimadura; A dor e o paciente queimado; Atendimento hospitalar ao paciente queimado (1º e 2º grau); Assistência ao grande queimado; Assistência à criança queimada; Uso de hemocomponentes e de expansores do volume plasmático; Acometimento das vias aéreas por queimaduras; Infecção no paciente queimado; Queimaduras elétricas; Queimaduras especiais (agentes causadores, quadro clínico, riscos e complicações, tratamento); Complicações clínicas das queimaduras; Cuidados intensivos ao paciente queimado; Doenças vesicobolhosas; Organização Estrutural e funcional de uma unidade de queimados; Balneoterapia; Curativo inicial em queimados; Tipos de coberturas usadas nos pacientes queimados; Oxigenoterapia hiperbárica no tratamento das queimaduras; Cicatrização e cicatrizes; Atuação da equipe multiprofissional; Tratamentos cirúrgicos durante a internação; Substitutos cutâneos; Aplicações da microcirurgia em queimaduras; Catástrofes e prevenção de Queimaduras; Assistência de enfermagem ao paciente queimado; Cuidados e curativos ambulatoriais; Sequelas. Entre as atividades assistenciais como enfermeira residente vivenciei as atividades na Unidade de queimaduras do HRAN com profissionais de outras áreas de saúde, composto por 7 enfermeiros, médicos, 34 técnicos de enfermagem, psicólogo, psicopedagoga, nutricionista, fisioterapeutas, farmacêutica e terapeuta ocupacional, farmacêutico, para o atendimento de 16 leitos de média a alta complexidade. O primeiro ano da residência (R1) é destinado ao rodízio em assistência hospitalar: clínica médica, clínica cirúrgica, emergência, cirurgia plástica, pediatria, UTI, centro cirúrgico, centro obstétrico e CME, bem como ao rodízio atenção básica: vigilância epidemiológica, grupo de diabetes, ambulatório dos queimados/plástica, atendimentos aos ostomizados e casa de parto. O segundo ano da residência (R2) é destinado ao rodízio em assistência hospitalar: balneoterapia, curativo, enfermarias, centro cirúrgico dos queimados, educação continuada, administração dos serviços de enfermagem, bem como ao rodízio em atenção básica: grupo de prevenção de quei-

maduras e ambulatório de sequelados. O público de atendimento é amplo, ou seja, crianças, adolescentes, jovens adultos, adultos e idosos, podendo ser paciente de baixa, média e alta complexidade, bem como sequelados. De segunda-feira a sexta-feira permanecia no CTQ/UTQ, sendo a tarde de terça-feira destinada para o ambulatório (consultas/curativos). A rotina de balneoterapia é realizada pela manhã, sendo necessário para a realização do procedimento a presença do enfermeiro, técnico de enfermagem e médico anestesista, a preparação do paciente é iniciada no período noturno, uma vez o paciente necessita de jejum para a sedação.

Foram produzidas durante esses dois anos de residências inúmeras aulas expositivas, treinamentos em equipe, protocolos operacionais, folhetos explicativos sobre a vida pós-queimadura (ambulatório), visita multiprofissional e 1x/semana roda de conversa com apresentação de artigos.

Ingressei nas atividades na Central Nacional de transplantes (CNT), no ano de 2018 por meio de processo seletivo interno da Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplante – CGSNT, com vínculo de agente público na Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – FIOTEC, com a carga horária de 144h mensais, divididos em 12 plantões de 12h, conforme necessidade do setor, com horário de entrada às 07h00min e saída às 19h00min. Desempenho a função de enfermeira plantonista com qualificação no aprimoramento do Sistema Nacional de Transplantes e monitoramento dos seus resultados. Atividades: Apoiar o Sistema Nacional de Transplante com enfoque na logística e alocação de órgãos e tecidos no que competem as funções de desenvolvimento exclusivo do centro de controle de navegação área. A equipe é composta por 21 pessoas, sendo 14 plantonistas destinados para os órgãos (13 enfermeiros e 1 farmacêutica), 2 administrativos, 4 colaboradores responsáveis pela córnea e Transplante de Medula Óssea, 1 coordenadora da CNT.

3. Intervenção: conflitos éticos

Pacientes queimados têm suas próprias maneiras de expressar suas experiências de vida e comporta-

mentos diante do trauma. As características especiais da doença, como a origem e agente da queimadura, a internação hospitalar prolongada, suas expectativas, o medo e ansiedade de recuperação e possíveis sequelas, a incerteza da morte, dores intensas e conflitos internos, fazem desse quadro uma realidade dramática que requer atenção especial (Oliveira, Moreira e Gonçalves 2012) (Silva e Cabra 2020).

Durante a assistência do paciente grande queimado pude observar dificuldades em todas as fases de atendimento, desde a fase aguda, como por exemplo, o atendimento especializado e rápido para o paciente; atendimento na emergência e urgência; a balneoterapia; curativos; controle da dor; cobrir o leito da ferida o mais precocemente, sendo o mais indicado a autoenxertia, que no paciente grande queimado nem sempre é possível, devido à limitação de pele devido à extensão corporal queimada.

Lembro-me de pacientes com grandes superfícies queimadas, que seriam possíveis candidatos ao transplante, passarem por longas internações, inúmeras cirurgias, mas que infelizmente não puderam utilizar da terapêutica do transplante. Entender que existem inúmeras possibilidades terapêuticas, entre elas, o transplante de pele, mas que não é factível a toda população, gera frustração ao profissional que busca minimizar a dor e o tempo de internação do paciente queimado.

Através dessa frustração e ainda durante minha formação de residente de enfermagem em pacientes queimados, levantei alguns questionamentos em relação ao banco de pele, devido ao perfil de pacientes que a residência me apresentou. Durante o período de residência presenciei diversos auto-enxertos, porém nenhum transplante de pele proveniente de doador falecido, entre os motivos de não realizar com frequência o transplante de pele no HRAN podemos elencar a falta do banco de pele no Centro-Oeste, bem como a “burocracia” para conseguir a pele. Comecei ainda na residência a questionar qual razão, apesar de haver política pública que regula o transplante de pele, a terapêutica não é factível aos maiores beneficiários

em potencial dos efeitos dessa política (grandes queimados)? Após ingressar na CNT pude entender mais sobre os trâmites necessários para a obtenção de pele e comecei a avaliar os conflitos éticos no processo de doação de pele para transplante e os entraves para a solicitação e disponibilização do tecido, a luz da bioética de intervenção. Porém, foi a durante a seleção para Programa de Pós-Graduação em Bioética da UNB- mestrado que optei por unir as duas áreas de conhecimentos adquiridos ao longo da carreira de enfermeira. Assim como todo acadêmico da área da saúde, tive uma matéria denominada bioética na graduação, bem como cursos durante a residência, porém em ambas as situações, uma bioética voltada ao principialismo e ao código de ética da enfermagem. Levando em consideração a especificidade do paciente queimado, bem como o transplante de pele, torna-se necessário enfatizar que a Bioética de Intervenção advoga como moralmente justificável, na esfera pública e coletiva, a priorização de políticas e tomadas de decisão que irão beneficiar o máximo de pessoas e produzir os melhores resultados pelo maior tempo possível. Portanto, pretendeu-se com este texto discorrer os conflitos éticos no processo de doação de pele para transplante, dos entraves para a solicitação e disponibilização do tecido, a partir da perspectiva da Bioética de Intervenção, em que se objetiva beneficiar o maior número de pacientes e melhores desfechos.

A experiência do atendimento ao paciente queimado, bem como aos procedimentos como a balneoterapia, curativos e cirurgias e a exposição diária ao sofrimento sem dúvida modificou a forma de exercer a minha profissão colocando a bioética em prática e sua demanda para respeitar a vida e a dignidade dos pacientes. Já a conhecimento sobre doação de órgãos, voltou o meu olhar para o lado que tantos da área da saúde teme, a saber, a morte e de como a finitude da vida pode trazer a “qualidade de vida” a quem espera por um órgão, outrora retirada pela doença/injúria.

4. Perspectiva bioética

A narrativa da vivência nos serviços de queimaduras e da CNT trouxe para reflexão os problemas tais como limitação da autonomia e consentimento para tratamentos e doações, relacionados a alocação de recursos, falta de doadores, políticas públicas insuficientes, desproporcional oferta e demanda, estigmatização e discriminação de pessoas com sequelas de queimaduras, necessidade de terminologias inclusivas, obstáculos na gestão financeira e a necessidade da ampliação da rede de banco de pele. Do ponto de vista bioético elencou-se dilemas que podem ser analisados a luz da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (Unesco 2005), nos seus artigos relacionados a autonomia e responsabilidade individual, consentimento, indivíduos sem a capacidade de consentir, privacidade e confidencialidade, principalmente aqueles que promovem a igualdade, justiça e equidade, não discriminação e não estigmatização e responsabilidade social e saúde.

Este texto mostra que, seguindo a metodologia da Ricoeur (2010), é possível identificar os conflitos éticos no processo de doação de pele para transplante e dos entraves para a solicitação e disponibilização do tecido; e refletir, a partir da perspectiva da Bioética de Intervenção, em que se objetiva beneficiar o maior número de pacientes e melhores desfechos.

Narrar as experiências não só permite identificar a violação do direito de acesso aos transplantes de pele a pessoas gravemente queimadas que dependem destes para sobrevivência, mas também como e quando o indivíduo em qualquer faixa etária e gênero, vítima de queimaduras, em risco de morte iminente, e privado de opções de atendimento já existentes no Brasil, mas, entretanto, inacessíveis a toda população brasileira.

Conclusão

Com este estudo procurou-se na narrativa de experiência apresentar a descrição da vivência de enfermeiro com o tema de queimaduras e os dilemas

presenciados. Esta experiência partiu do plano real da subjetividade da autora, evoluiu para a construção da percepção sobre a criação de estratégias para melhoria do atendimento, tal como pela necessidade da criação da rede de bancos de pele. Voltando os olhos para o triste cenário no atendimento agudo das queimaduras, que envolvem os fenômenos da dor, da morte da desfiguração, da deficiência física, agravados pelas iniquidades, quando estes apresentam grande área de superfície corporal, principalmente crianças, com poucas chances de sobrevivência, marcados pelo sofrimento, por complicações, longo tempo de recuperação, pelo estigma e necessidades assistenciais relacionadas e não contempladas.

A narrativa da experiência da equipe de enfermagem em centros de queimaduras, demonstram o trabalho em equipe multiprofissional, todavia, os enfermeiros trabalham em regime de plantão (diurno e/ou noturno) atendendo a vítimas de queimaduras em todas as etapas de cuidado durante as 24 horas de funcionamento das instituições. De acordo com Kornhaber e Wilson (2011) os sentimentos de enfermeiras de unidade de tratamento de queimados, encontrou quatro categorias, a inadequação, apreensão, vulnerabilidade e frustração. O sentimento de inadequação referiu-se à sensação de incompetência do profissional ao cuidar do paciente, devido à dor, e por não conseguir fazer o que gostaria para lhes proporcionar conforto; a apreensão relacionou-se ao medo do que poderia acontecer ao paciente após a alta, sem o suporte da equipe profissional; perceberam-se vulneráveis, porque alguém de sua própria família, ou eles mesmos, poderiam ser os futuros pacientes, o que não gostariam, visto que conheciam a real situação; e, sentiram grande frustração ao proporcionar a independência do paciente, devido ao lento processo de recuperação (Kornhaber e Wilson 2011).

Autores como Campos e Passos (2016), Oliveira, Moreira e Gonçalves (2012) e Santos, Oliveira e Moreira (2006) inferem que estes sentimentos relatados aqui e por outros de enfermagem, geram estresse, frustrações, desgaste físico e mental nestes profissionais, devido aos cuidados complexos,

repetidos, lidar com a dor e o sofrimento, que pioram quando percebem a impossibilidade de solucionar muitos dos problemas dos pacientes. Desta forma esta narrativa contribuiu também para descrever estes sentimentos numa proposição de encontrar quais os fatores e dilemas envolvidos e procurar ferramentas para reflexões, gerando sentimentos de inquietude e esperança.

A história contada diz o quem da ação e aparece como mediadora entre a vida e as ações dos homens. Como se diz, “o sujeito se lança para além de sua existência puramente biológica, meramente corporal e ganha ‘representação’ para Ricoeur (2010), a narrativa é mais que uma enumeração de fatos que apenas coloca os vários acontecimentos um após o outro, ela organiza os fatos e articula os acontecimentos. As narrativas estão concatenadas, intimamente, com as ações dos homens, pois são construídas pelos acontecimentos da vida, que são aqueles eventos que marcam as ações dos homens no mundo, e envolvem tanto o fazer quanto o sofrer algo. O sujeito, constituído ao mesmo tempo como leitor ou escritor de sua própria história ou da história de outros, ao se apropriar de uma composição narrativa, é capaz de encontrar, nas ações que foram articuladas e ordenadas com certa inteligibilidade e de forma dinâmica, as possibilidades de reescrever sua ação no mundo.

No trabalho não há relato de entrevistas ou mesmo de casos concretos, mas pretendeu-se realizar a descrição da metodologia proposta por Ricoeur (2010) para análise do tema. O fenômeno foi a experiência enquanto experienciada, e a sua significação vivida, que se tornou pública no seu significado neste relato. Para Ricoeur (2010), por estar no mundo, somos afetados por situações, a partir das quais adquirimos compreensão e precisamos contar sobre isso a outra pessoa, ou seja, temos a experiência para trazer a linguagem. Esta ferramenta de estudo de relatos de casos ou narrativas de experiências para análise de fenômenos deve contribuir como metodologia para estudo sobre a Bioética de Intervenção, em que as reflexões acerca do fenômeno podem apontar para medidas necessárias e importantes, tal como almeja esta cor-

rente, com o propósito de diminuir as iniquidades. Ressaltando que esta metodologia escolhida traz o sentido de narrativa de Ricoeur (2010) onde narrar consiste no processo de falar de fatos, pessoas e relações, mediante a construção de um enredo, isto é, de significações que interrelacionem, de maneira dialógica, seus componentes e estruture uma ordem razoável de atos.

Portanto, a partir da narrativa da vivência de enfermeira nos centros de complexidade, CTQ e CNT, constatou-se dilemas relacionados ao atendimento de pacientes queimados e aos transplantes entre eles: a necessidade urgente de ampliar a rede de transplantes de pele no Brasil, a capacitação para transplantes; quanto ao perfil dos doadores; contaminação da pele humana; a situação frente a pandemia; o processo de doação, as dificuldades para doação como a incerteza de morte encefálica, a legislação e o risco a mercantilização e tráfico de órgãos.

De acordo com Gorgozinho, Gomes e Garrafa (2012) e ainda Brasil (2006) podemos observar que o Brasil conta com ampla rede de regulamentação relativa aos transplantes de órgãos e tecidos, essenciais para o atendimento dos pacientes graves de queimaduras, mesmo que já se tenha descrito a experiência dos poucos bancos de pele e o protocolo para implementação deles, ainda não é uma realidade para a maioria da população brasileira. Gomes, Rosa e Garrafa (2008) referem que a questão dos transplantes se contextualiza nos limites entre a vida e a morte, entre o individual e o coletivo, cultural e religioso, espiritual e material, trazendo dilemas morais que ultrapassam a problemática dos pacientes, afetando toda a sociedade.

A narrativa da vivência nos serviços de queimaduras e da CNT trouxe para reflexão os problemas vivenciados específicos aos atendimentos dos pacientes queimados graves e pelo CNT, tais como a falta de doadores, necessidade da ampliação da rede de banco de pele. Além destes a necessidade da importante discussão bioética sob a perspectiva latino-americana e da Bioética de Intervenção, tendo como ferramenta principal a Declaração de

Bioética e Direitos Humanos para confrontar as barreiras e entraves encontrados. Enquanto não houver a ampliação da rede de Banco de Pele, não haverá equidade no atendimento ao paciente queimado.

Recibido 20 10 2021

Aprobado 20 4 2022

Bibliografia

- BRASIL, 1997. Lei nº 9.434, de 04 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, 5/2/1997.
- 2001. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”, Diário Oficial da União. 24/3/2001.
- 1997. 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, 19/10/2017.
- 2015. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada-RDC nº 55 [Internet]. Brasília: ANVISA, 2015. [citado em 01/12/2021]. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201705/18112318-rdc-55-2015-boas-praticas-em-tecidos-14-12-2015.pdf>.
- 2009. Portaria no 2.600. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes [Internet]. Brasília: bvsms; 2009 [acessado em 01/01/2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html.
- 2017. Portaria no 4. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas de Saúde [Internet]. Brasília: bvsms; 2017. [acessado em 01/01/2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.htm.

- 2000. Portaria nº 1.273. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados [Internet]. Brasília: bvsms; 2000. [acessado em 10/03/2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt1273_21_11_2000.html.
- 2021. Secretária de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: <https://segov.df.gov.br/category/administracoes-regionais/> [acesso em: 25/05/2021].
- 2021. Instituto Brasileiro Geografia e Estatísticas. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama> [acesso 25/05/2021 ÀS 11h15min]
- 2021. Agência Brasília – Governo de Distrito Federal. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/carta-servicos-hran/> [acesso 25/05/2021]
- 2021. Agência Brasília – Governo de Distrito Federal. Disponível em: <https://www.agencia-brasil.df.gov.br/2021/01/27/unidade-de-queimados-do-hran-fez-mais-de-96-mil-atendimentos-em-2020/> [acesso 25/05/2021].
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021. Sistema Nacional de Doação e Transplante de Órgãos, Disponível <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos/central-nacional-de-transplantes> [acesso em 13/05/2021].
- , 2010. Portaria GM/MS Nº 931. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/transplantes-im-plantes/por_931.pdf [Acesso em: 20/03/2021].
- CAMPOS, G.R.P. e PASSOS, M.A.N., 2016. Sentimentos da equipe de enfermagem decorrentes do trabalho com crianças em uma unidade de queimados, *Revista Brasileira de Queimaduras*, vol.15, num.1, pp.35-41.
- CORGOZINHO, M.M., GOMES, J. e GARRAFA, V., 2012. Transplantes de medula óssea no Brasil: dimensão bioética, *Rev.Latinoam.Bioet.* / ISSN 1657-4702 / vol.12, num. 1, ed.22, pp.36-45.
- GOMES, J.R.A.A., ROSA, T.N. e GARRAFA, V., 2008. Transplantes de órgão: análise bioética e prática profissional, *Rev. Sobecc.*, vol.13, num.2, pp.49-57.
- KORNHABER, R.A. e WILSON, A., 2011. Enduring feelings of powerlessness as a burns nurse: a descriptive phenomenological inquiry, *Contemporary Nurse*, vol.39, num.2, pp.172-179.
- OLIVEIRA, T.S., MOREIRA, K.F.A. e GONÇALVES, T.A., 2012. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. *Rev. Bras. Queimaduras*, vol.11, num.1, pp.31-37.
- RICOEUR, P., 2010. Tempo e narrativa, 1º ed., Editora: Martins Fontes – WMF., São Paulo.
- SANTOS, J. M., OLIVEIRA, E.B. e MOREIRA, A.C., 2006. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem. UERJ*, vol.4, num.4, pp.580-5.
- SILVA, R.B.L. e CABRAL, V.C., 2020. Sepses em queimados. Análise de etiologia, fatores de risco e morbimortalidade de pacientes vítimas de queimaduras internados no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Centro Universitária de Brasília. *Relatório de Pesquisa*, vol. 6, num.1- Jan/Dez, UniCEUB.
- SOUZA, M.T.S, NOGUEIRA M.C. e CAMPOS S.E.M.. 2018. Fluxos assistenciais de médios e grandes queimados nas regiões e redes de atenção à saúde de Minas Gerais. *Cad Saúde Colet.*, vol.26, num.3, pp.327-35.
- UNESCO, 2005. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Tradução e revisão final sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (UnB) e da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), Brasília.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008. A who plan for burn prevention and care [Internet]. Geneva: World Health Organization. [citado em: 13/05/2021]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596299_eng.pdf.