



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - CAMPUS I
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS,
GESTÃO DO CONHECIMENTO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

ELISANGELA DE SOUZA SANTOS

**O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS:
A EXPERIÊNCIA DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE
DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS DO HOSPITAL GERAL
ROBERTO SANTOS**

SALVADOR-BA
2012

ELISANGELA DE SOUZA SANTOS

**O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS:
A EXPERIÊNCIA DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE
DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS DO HOSPITAL GERAL
ROBERTO SANTOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional do Departamento de Ciências Humanas da Universidade do Estado da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Professora Dra. Ana Maria Ferreira Menezes

SALVADOR-BA
2012

S237 Santos, Elisangela de Souza

O processo de doação de órgãos e tecidos: a experiência do Hospital Geral Roberto Santos. / Elisangela de Souza Santos – Salvador, 2012.

132 f.

Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Ferreira Menezes

Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências Humanas.

1. Política de saúde – Doação de órgãos. 2. Transplante – Órgãos. 3. Transplante - Tecidos. 4. Hospital Geral Roberto Santos. I. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências Humanas. II. Menezes, Ana Maria Ferreira. III. Título.

CDU 614.39: 616.314

ELISANGELA DE SOUZA SANTOS

**O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS:
A EXPERIÊNCIA DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE
DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS DO HOSPITAL GERAL
ROBERTO SANTOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional do Departamento de Ciências Humanas da Universidade do Estado da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Data de Aprovação

_____/_____/_____

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Maria Ferreira Menezes – Orientadora

Profa. Dra. Leliana Santos de Souza – PGDR/UNEB

Prof. Dra. Nadirlene Pereira Gomes – /UFBA

Para meus pais, Valmir e Elisabete.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Ana Maria Ferreira Menezes, minha orientadora, pela: orientação competente e tranquila; além da confiança e de incentivo constantes; os quais me permitiram cumprir com segurança esta importante etapa da vida.

À Prof^a. Dr^a. Leliana Santos de Souza por suas generosas contribuições neste trabalho e pela mão amiga durante todo o programa do Mestrado.

À Prof^a. Dr^a. Nadirlene Pereira Gomes que aceitou o desafio de participar como examinadora externa, contribuindo muito para a construção deste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional, pelas disciplinas ministradas que foram importantes para esse trabalho e para meu crescimento acadêmico.

Aos servidores técnicos administrativos do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional, pela paciência e profissionalismo, em especial a Ana Damasceno.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional, pela troca de experiências e conhecimento.

A José Roberval Ferreira de Oliveira, médico e ex- coordenador da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes do Hospital Geral Roberto Santos, pelo convite para integrar essa comissão e a confiança em mim depositada.

Ao Ex- Diretor do Hospital Geral Roberto Santos, Dr. Sebastião Mesquita por ter fornecido recursos humanos e materiais para o funcionamento da CIHDOTT do HGRS.

Ao Diretor médico do Hospital Geral Roberto Santos Dr. Miguel Mota que envidou esforços para a garantia do funcionamento da CIHDOTT do HGRS.

Ao Dr. Eraldo Moura da Coordenação Estadual de Transplantes que me motivou a transpor desafios e seguir em frente.

Aos colegas plantonistas da CIHDOTT/HGRS, Rosangela Rodrigues, Patrícia Andrade, Celso Silva, Valdir Costa, Maria Constança Cajado, Gracia Rita Fazzioni, Márcia Marques, Lidio Alcântara, que me ajudaram a percorrer o universo da relação doação- transplante.

As colegas de profissão Adriana Miranda, Grazielle Dórea, Elza aparecida Brito, Carla Maria Alves e Conceição de Maria que me deram força para trilhar com serenidade a escrita que se impunha implacavelmente.

A minha mãe Elisabete de Souza Santos por ter me dado a vida, por acreditar e investir em mim e as bases para que eu pudesse chegar até aqui.

A meu pai Valmir Carvalho dos Santos pelo exemplo, pela dedicação e, sobretudo pela logística que me ofereceu durante a realização deste trabalho.

A todas as famílias dos doadores e não doadores que passaram pelo processo de doação de órgãos e tecidos do HGRS.

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso, de caráter exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, cujo objeto de estudo foi o processo de doação de órgãos e tecidos do Hospital Geral Roberto Santos no ano de 2009. O objetivo geral consistiu em analisar o processo de doação de órgãos e tecidos do maior hospital da rede SUS do Norte - Nordeste, a partir da experiência da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT) da referida instituição de saúde no ano de 2009. Como objetivos específicos, elegemos: identificar o potencial de doação e o desempenho da CIHDOTT em 2009; descrever o processo de doação de órgãos e tecidos da CIHDOTT; e analisar a percepção dos membros da CIHDOTT e dos profissionais de saúde da UTI sobre o processo de doação e tecidos. Realizou-se pesquisa documental, observação e entrevista. Os resultados sinalizam que, apesar dos avanços, seja na área de produção de conhecimento, capacitação técnica e definição de protocolos e rotinas na área de doação e captação de órgãos, a CIHDOTT não conseguiu atender as metas de eficiência definidas pelo Ministério da Saúde e pela ABTO, o que pode ser percebido pelo número insuficiente de captações. A doação de órgão é um processo complexo e envolve uma série de etapas, nesse sentido a CIHDOTT do HGRS enfrenta uma série de fatores limitantes, devido à própria estrutura de saúde do Estado e da organização do programa de transplantes na Bahia. A não notificação do óbito de coração parado pelos profissionais de saúde, a inadequada manutenção do potencial doador, o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o processo de doação, as altas taxas de recusa familiar, a desqualificação do cuidado e a falta de leitos de UTI foram apontados enquanto fatores que interferem no processo de doação. Para modificar essa realidade é preciso definir o HGRS como um espaço na política de transplantes onde se ofertam ações de saúde especializadas, com tecnologias adequadas, cuidados intensivos e articulados com o sistema, para tanto é necessário garantir recursos e investimentos. Além disso, é necessário humanizar o processo de doação de órgãos na unidade, pois o transplante diante de sua complexidade pressupõe a promoção do cuidado integral por parte da equipe de saúde, com o estabelecimento de um vínculo entre profissionais de saúde e a população, pressupondo o reconhecimento da saúde como direito de cidadania.

Palavras- chave: Política de Saúde. Doação de órgão. Transplante de Órgãos. Transplantes de Tecidos. Ação Intersetorial. DeCS/BVS/MS).

ABSTRACT

This is a case study, an exploratory descriptive study with qualitative approach, whose object of study was the process of donating organs and tissues of the General Hospital Roberto Santos in 2009. The overall objective was to analyze the process of donating organs and tissues of the largest hospital network SUS North - North East, from the Commission's experience Intra Hospital Organ and Tissue Donation (CIHDOTT) of the said health institution in the year 2009. As specific objectives, we chose to identify the potential donor and the performance of CIHDOTT in 2009, to describe the process of donating organs and tissues of CIHDOTT, and analyze the perceptions of members of CIHDOTT and health professionals from the ICU on the donation process and tissues. We carried out documentary research, observation and interview. The results indicate that, despite improvements, either in the production of knowledge, training and technical definition of protocols and routines in the field of donation and organ procurement, the CIHDOTT failed to meet the efficiency targets set by the Ministry of Health and the ABTO, which can be perceived by insufficient funding. Organ Donation is a complex process and involves a series of steps, in the sense CIHDOTT HGRS faces a number of limiting factors due to the very structure of state health and the organization of the transplant program in Bahia. The non-reporting of deaths from cardiac arrest by healthcare professionals, inadequate maintenance of potential donors, lack of health professionals about the donation process, the high rates of family refusal, disqualification of care and lack of ICU beds were mentioned as factors that affect the donation process. To change this reality is necessary to define the HGRS in politics as a space where transplant proffer specialized health actions, with suitable technology, intensive care and articulated with the system, so it is necessary to ensure resources and investments. Moreover, it is necessary to humanize the process of organ donation in the unit, because of its complexity before transplantation involves the promotion of comprehensive care by the health team, with the establishment of a link between health professionals and the population, assuming recognition of health as a right of citizenship.

Keywords: Politics of Health Organ Donation. Organ Transplantation. Tissue Transplants. Intersectoral Action. DeCS/BVS/MS).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura	1	–	Representação da estrutura administrativa do Sistema Nacional de Transplantes	33
Figura	2	–	Processo de Doação-Transplante	35
Figura	3	–	Representação do Brasil de acordo com os estados da federação que realizaram transplante de Coração no ano de 2010	47
Figura	4	–	Representação do Brasil de acordo com os estados da federação que realizaram transplante de Fígado no ano de 2010	48
Gráfico	1	–	Representação da Lista de espera X Transplantes realizados no Brasil no período de 2001 a 2010	50
Gráfico	2	–	Distribuição dos óbitos do HGRS no período de janeiro a dezembro de 2009	80
Gráfico	3	–	Distribuição dos critérios clínicos de exclusão para doação do HGRS no período de janeiro a dezembro de 2009	81
Gráfico	4	–	Distribuição da faixa etária dos pacientes do HGRS com protocolo de morte encefálica abortados no período de janeiro a dezembro de 2009	83
Gráfico	5	–	Distribuição das unidades de internação dos pacientes do HGRS com protocolo de morte encefálica abortados no período compreendido entre janeiro a dezembro de 2009	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Evolução do número absoluto de transplantes de órgãos realizados no Brasil de 2000 a 2010	45
Tabela 2	– Frequência de transplantes de órgãos realizados no Brasil, por tipo de órgãos e tipo de doador, em 2010	45
Tabela 3	– Dados globais da atividade de Captação de órgãos sólidos, por região e unidade federada do Brasil em 2010	46
Tabela 4	– Distribuição dos óbitos do HGRS de acordo com a faixa etária de janeiro a dezembro de 2009	82
Tabela 5	– Distribuição dos pacientes do HGRS de acordo com a causa do coma de janeiro a dezembro de 2009	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– Fatores implicados na dificuldade de profissionais de saúde envolverem-se no processo de doação	38
----------	---	----

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ABRASCO	–	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABTO	–	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
CFM	–	Conselho Federal de Medicina
CGSNT	–	Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes
CIAVE	–	Centro de Informações Anti Veneno
CIHDOTT	–	Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CNCDO	–	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CNES	–	Cadastro Nacional de Estabelecimento
CNNCDO	–	Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos
CNT	–	Coordenação Nacional de Transplantes
COSET	–	Coordenação Estadual de Transplantes
CTN	–	Câmaras Técnicas Nacionais
DENASUS	–	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DO	–	Declaração de Óbito
EEG	–	Eletroencefalograma
EME	–	Emergência
GAE	–	Grupo de Assessoramento Estratégico
HEMOBA	–	Hemocentro da Bahia
HGRS	–	Hospital Geral Roberto Santos
IDH	–	Índice de Desenvolvimento Humano
ME	–	Morte Encefálica
MS	–	Ministério da Saúde
OPC	–	Organização de Procura de Córneas
OPOS	–	Organização de Procura de Órgãos
PCR	–	Parada Cárdio respiratória
PIB	–	Produto Interno Bruto
PME	–	Protocolo de Morte Encefálica
pmp/ano	–	População por milhão/ ano
PNUD	–	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PS	–	Pronto Socorro
RBT	–	Registro Brasileiro de Transplantes
REDA	–	Regime Especial de Direito Administrativo
SAEB	–	Secretaria de Administração do Estado da Bahia
SESAB	–	Secretaria de Saúde da Bahia
SNT	–	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	–	Tribunal de Contas da União
UTI	–	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	DOAÇÃO DE ÓRGÃOS	17
2.1	O PROCESSO DE MORTE E VIDA NA CONTEMPORANEIDADE	17
2.2	ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES NO BRASIL	23
2.3	O SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES	32
2.4	O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS NO BRASIL	36
2.5	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A CONFORMAÇÃO DA GARANTIA DO ACESSO AO TRANSPLANTE	42
2.5.1	BRASIL: A EXPERIÊNCIA DE UM PROGRAMA DE TRANSPLANTES PÚBLICO	45
	2.5.2 O desafio da equidade no acesso aos transplantes	47
	2.5.3 A lista de espera	50
	2.5.4 Avaliação do programa de transplantes	54
	2.5.5 A crise da saúde na Bahia e as interfaces com a política local de transplantes	55
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA: ACERCANDO O OBJETO DE ESTUDO	60
3.1	CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO: UM ESTUDO DE CASO	60
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	62
3.3	A COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	65
3.4	QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS	67
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	67
4.1	O CASO: CARACTERIZAÇÃO DA CIHDOTT DO HGRS	67
	4.1.1 Os objetivos da CIHDOTT do HGRS	71
	4.1.2 As atribuições dos membros da CIHDOTT do HGRS	71
	4.1.3 A CIHDOTT e as ações de educação para doação	74
4.2	O PROCESSO DE DOAÇÃO DE TECIDOS NO HGRS	75
4.3	O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS NO HGRS	77
4.4	O POTENCIAL DE DOAÇÃO DO HGRS E O DESEMPENHO DA CIHDOTT EM 2009	79
4.5	A PERCEPÇÃO DOS MEMBROS DA CIHDOTT SOBRE O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS NO HGRS:	85
	4.5.1 Categoria Atenção à Saúde	85
	4.5.2 Categoria Acolhimento e Vínculo	91
	4.5.3 Categoria Informação e Desconhecimento	93
4.6	A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS NO HGRS	96
	CONCLUSÕES	101

REFERENCIAS		105
APENDICES		111
APENDICE A	ENCAMINHAMENTO DO PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HGRS	112
APENDICE B	COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HGRS	113
APENDICE C	APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HGRS	114
APENDICE D	FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS	115
APÊNDICE E	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	116
APÊNDICE F	ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRECIONADO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	118
APÊNDICE G	ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRECIONADO AOS PROFISSIONAIS DA CIHDOTT	119
ANEXOS		120
ANEXO A	TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA	121
ANEXO B	TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE ORGÃOS E TECIDOS	122
ANEXO C	FORMULARIO DE ALERTA DOADOR	123
ANEXO D	FORMULARIO I DO ANEXO V DA PORTARIA 2600	124
ANEXO E	FORMULARIO II DO ANEXO V DA PORTARIA 2600	126
ANEXO F	FORMULARIO III DO ANEXO V DA PORTARIA 2600	128
ANEXO G	FORMULARIO DE BUSCA ATIVA DA CIHDOTT	132

1 INTRODUÇÃO

O Tribunal de Contas da União – TCU aponta o Brasil como o segundo país que mais realiza transplantes no mundo e o primeiro em transplantes realizados pela rede pública (2006). Segundo o Ministério da Saúde – MS, o Sistema Único de Saúde – SUS financia 95% dos procedimentos relativos aos transplantes, desde os exames para inclusão em lista de espera até o acompanhamento pós-transplante. Ele fornece também a medicação imunossupressora, necessária por toda a vida dos pacientes que se submetem aos procedimentos. Segundo o TCU (2006), o SUS gasta aproximadamente 400 milhões de reais anualmente com transplantes, procedimentos e medicamentos associados.

De acordo com a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos – ABTO, o ano de 2011 encerrou como mais um ano de crescimento contínuo na taxa de doações desde 2007, tendo quase atingido o objetivo proposto para o ano que era de 11 pmp/ano – população por milhão ano, com 10,6 pmp/ano.

Os Estados que se destacaram acima da taxa nacional foram: Santa Catarina com 25,1 pmp/ano; São Paulo com 19,2 pmp/ano; o Ceará com 16,6 pmp/ano; Rio Grande do Norte com 16,4 pmp/ano; o Rio Grande do Sul com 14,0 pmp/ano e o Distrito Federal com 10,9 pmp/ano (ABTO, 2011).

A ABTO (2011) ressaltou ainda que apesar da concentração dos transplantes no eixo sul e sudeste, o nordeste têm se destacado no cenário dos transplantes, apresentando taxas satisfatórias de crescimento em doações e transplantes. Dentre estes Estados, os que mais se destacaram foram: o Ceará com taxa de 16,6 pmp/ano; o Rio Grande do Norte com 16,4 pmp/ano e Pernambuco com 7,6 pmp/ano.

A Bahia, apesar de possuir a quarta população nacional com 13.633.969 habitantes (IBGE, 2010) e uma lista de espera com 2.303 pessoas ativas (SESAB, 2011) aguardando por um transplante, teve uma taxa de 4,9 pmp/ano. Esses dados apontam para um cenário em que a política local de transplantes na Bahia tem encontrado dificuldades para sua efetivação, resultando nos baixos índices de captação de órgãos e no número insuficiente de transplantes. Segundo a ABTO (2011), o Estado ocupa o 1º lugar entre os que mais perdem doadores por falta de confirmação de diagnóstico de morte encefálica – ME. De acordo com a ABTO (2011), dos 374 pacientes aptos a doar 129 não tiveram confirmado o diagnóstico de ME em tempo hábil para a doação.

Para Moraes & Massarolo (2009), esses dados são resultados de uma série de fatores de cunho sócio organizacional que contribuem para a limitação no número de doadores, tais como: a ausência de identificação do potencial doador; a necessidade e

realização do exame complementar confirmatório da ME; inadequada manutenção do potencial doador; a falta de uma política de educação continuada aos profissionais de saúde, quanto ao processo de doação-transplante e todos os desdobramentos decorrentes do não conhecimento desse processo; além de recusa familiar. Roza et al (2009, p.45) ratificam ao afirmarem que:

Embora a doação represente uma conduta social moralmente boa, altruísta, podemos intuir que ainda não foi incorporada à “moral comum”, por diversos aspectos, entre eles: o descrédito no funcionamento e estrutura do sistema de saúde, na alocação de recursos, na relação de confiança entre profissional da saúde e paciente, acesso equânime e justo; na confidencialidade doador/receptor; consentimento livre-esclarecido; o respeito à autonomia; a defesa da vida e o caráter inovador e recente desta possibilidade terapêutica, ainda em construção.

Há um baixo número de equipes transplantadoras de órgãos ativos no Estado. Atualmente existem apenas 05 equipes de transplantes de rins e 01 de transplante de fígado (SESAB, 2011). Desse total de equipes, cinco estão concentradas em unidades privadas de caráter filantrópico, que atuam na rede complementar de saúde e apenas uma equipe funciona em uma unidade pública de saúde. Um dado que cabe ser ressaltado, é o fato das equipes que existem no estado terem restrições em relação a doadores limítrofes, ou seja, cujos órgãos apresentem algum tipo de problema.

Dentro dessas dificuldades ainda encontramos a falta de conhecimento adequado das equipes de assistência das unidades de saúde, para realizar exames clínicos que confirmam o diagnóstico de ME, a falta de recursos adequados para os procedimentos necessários e o alto índice de recusa familiar.

A recusa familiar vem sendo apontada no mundo todo, especialmente no Brasil e mais especificamente na Bahia, como um dos fatores responsáveis pela escassez de órgãos e tecidos para transplantes Dalbem & Caregnato (2010, p.731). Segundo Moraes et al (2007, p.731):

A recusa familiar representa um grande entrave à realização dos transplantes. As famílias que compreendem bem o diagnóstico de morte encefálica são mais favoráveis à doação de órgãos, em comparação com famílias que acreditam que a morte só ocorre após a parada cardíaca. Sendo assim, a falta de informação reduz drasticamente o número de pacientes beneficiados pela recepção de um órgão.

O aumento das taxas de doadores depende de um olhar que extrapole as questões técnicas do processo de doação de órgãos e tecidos, e esse depende dos familiares. Alguns países vêm desenvolvendo um trabalho sistematicamente para obtenção de resultados, nesse processo, incorporando a abordagem social e a perspectiva ética, baseadas no

altruísmo e voluntarismo das famílias e no respeito ao direito de autonomia dos potenciais doadores (ROZA et al, 2010).

Para Rech & Rodrigues (2007) a capacidade de transformar um cadáver em doador de órgãos é, atualmente, um dos principais indicadores de qualidade dos serviços prestados por um hospital. Para isso, a estratégia a ser utilizada para o aumento das taxas de doadores é a implantação sistemática de equipes especializadas no processo de doação e de captação de órgãos.

O Hospital Geral Roberto Santos – HGRS é a maior unidade hospitalar da rede pública do estado da Bahia, com área construída de 32.000 m² e área total de 108.000 m², foi fundado em março de 1979. Conta com 640 leitos, sendo 49 de Unidade de Terapia Intensiva – UTI e 72 na emergência – EME. Configura-se também como um hospital de ensino, certificado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, conta com recursos humanos e tecnologia para prestar atendimento nos serviços de média e alta complexidade.

O HGRS, em 2005, para atender a Portaria Ministerial 905 de 16 de agosto de 2000, implantou a Comissão Intra Hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes – CIHDOTT/HGRS. Entretanto, passou a funcionar efetivamente a partir de agosto de 2007.

Atualmente a CIHDOTT/HGRS possui uma experiência positiva no cenário dos transplantes da Bahia, configurando-se como a maior comissão do Estado. Após 04 anos de funcionamento o trabalho desta CIHDOTT/HGRS, promoveu a captação de 26 doações de múltiplos órgãos e 486 córneas, o que corresponde a um beneficiamento direto em cerca de 600 pessoas.

Entretanto, apesar dos números positivos a CIHDOTT/HGRS não consegue atender as metas de eficiência estabelecidas pelas portarias do Ministério da Saúde. No ano de 2009, a CIHDOTT/HGRS identificou 42 potenciais doadores de múltiplos órgãos, dos quais, apenas 10 famílias foram entrevistadas para doação. Dessas entrevistas apenas 03 doações de múltiplos órgãos foram efetivadas, (CIHDOTT/HGRS 2009).

Nesse mesmo ano a CIHDOTT/HGRS realizou 203 entrevistas para doação de córneas, efetivando apenas 59 doações o que representa a conversão de 29% contra 144 recusas que significa uma taxa 71% de negativa (CIHDOTT/HGRS, 2009).

A motivação para a realização desta pesquisa se deve ao fato de trabalhar desde junho de 2006, no Hospital Geral Roberto Santos, como Assistente Social, no primeiro momento na UTI e logo após, em 2008, como Assistente Social da CIHDOTT. A partir de 2008, integrando a equipe interdisciplinar da CIHDOTT/HGRS minhas atribuições estavam ligadas à coordenação de um Programa de Educação em saúde, que visava sistematizar e

ampliar as ações sobre doação, através da promoção de atividades educativas dirigidas a comunidade em geral e aos profissionais da unidade de saúde.

Outro aspecto importante a ser destacado no exercício profissional diz respeito à interlocução entre os usuários e a equipe de saúde, através da discussão com a equipe interdisciplinar sobre a implementação de ações que visem melhorar a qualidade da assistência ao potencial doador e a sua família.

As principais dificuldades encontradas durante o exercício profissional estavam relacionadas à precariedade do sistema de saúde, a desqualificação do cuidado, ao elevado número de recusas, ao descrédito e ao desconhecimento da questão pelos profissionais de saúde, ao desconhecimento da família e da equipe sobre o conceito de ME.

Diante das complexas questões ligadas ao binômio - doação transplante, uma indagação foi apresentada no decorrer de nossa prática profissional e que se constitui na questão de pesquisa deste trabalho:

- ✓ Quais os fatores que interferem no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes no Hospital Geral Roberto Santos?

Para subsidiar essa pesquisa foi realizado um estudo de caso, onde o objetivo geral foi analisar o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes do Hospital Geral Roberto Santos. Os objetivos específicos do trabalho foram: Identificar o potencial de doação e o desempenho da CIHDOTT em 2009; Descrever o processo de doação de órgãos e tecidos da CIHDOTT no referido ano; Identificar os principais fatores que interferem na doação de órgãos e tecidos no HGRS; Entender a percepção dos membros da CIHDOTT e dos profissionais de saúde da UTI adulto do HGRS sobre o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Vale salientar que a escolha pelo ano de 2009, deve-se ao fato de que desde a implantação da CIHDOTT, esse foi o período em que a comissão teve o maior número de entrevistas para doação de córneas e o maior número de identificações de suspeitas de morte encefálica.

O resultado desse trabalho é de fundamental importância para o HGRS, visto que a unidade não dispõe de uma análise sistematizada sobre os entraves do processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Consequentemente poderá subsidiar uma avaliação do processo e propor o redirecionamento das ações, visando melhorar o cenário dos transplantes no Estado.

Para além dessa introdução, apresentamos mais três capítulos e uma conclusão. Assim, no próximo capítulo deste trabalho faremos um percurso histórico sobre as formas como o homem tem enfrentado o fenômeno da morte e quais as implicações conceituais da

morte para o processo de doação de órgãos, em seguida discutimos a estrutura ético-legal e conceitual do processo de doação de órgãos, esclarecendo como se organiza o sistema nacional de transplantes. Além disso, nesse capítulo analisamos a importância do SUS para a efetivação do maior Programa público de transplantes do mundo, a equidade do acesso, o planejamento, a gestão desse sistema e os critérios para a distribuição e alocação de órgãos e tecidos no país.

A metodologia utilizada nessa pesquisa é apresentada no terceiro capítulo tratando-se basicamente de um estudo exploratório descritivo, realizado a partir de um estudo de caso. No quarto capítulo apresentamos a análise dos achados do trabalho, com uma discussão embasada no relato de experiência da CIHDOTT/HGRS, que se configura como a maior comissão do Estado e que desenvolve suas atividades na maior unidade terciária da rede pública do estado.

No último capítulo salientamos as conclusões do estudo, com base nos elementos identificados nos capítulos precedentes e apresentamos as considerações e recomendações a cerca da problemática estudada.

2 DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Iniciaremos este capítulo a partir de uma discussão conceitual sobre dois temas interligados: Morte e doação de órgãos. Ao discutir esse dois conceitos faremos um percurso histórico sobre as formas como o homem tem enfrentado o fenômeno da morte e quais as implicações conceituais da morte para o processo de doação de órgãos. Em seguida, apresentamos a estrutura dos princípios éticos inseridos no processo doação-transplantes e o ordenamento jurídico dos Transplantes no Brasil. Para finalizar apresentaremos a experiência do SUS na efetivação de um programa público de transplantes.

2.1 O PROCESSO DE MORTE E VIDA NA CONTEMPORANEIDADE

A morte é uma experiência humana universal. Morrer e morte são mais do que eventos biológicos; eles têm uma dimensão religiosa, social, filosófica, antropológica, espiritual e pedagógica. Questões sobre o significado da morte e o que acontece quando se morre são preocupações centrais para as pessoas em todas as culturas e as têm sido desde tempos imemoriais. (RODRIGUES apud SANTOS, 2009, p. 129).

As revoluções tecnológicas ocorridas da segunda metade do século XX até a contemporaneidade desconstruíram vários conceitos nas diversas áreas. Isso provocou mudanças na esfera social, econômica, política e cultural, exigindo, então, uma necessidade significativa de uma readaptação do modo de vida do homem. Do ponto de vista existencial, transformaram-se as formas de morrer e a da definição morte. Deslocou-se o lugar onde os homens morriam e o momento que a vida cessava. (MASCARO apud SANTOS, 2009, p. 46).

Na antiguidade, prevalecia o sentimento natural e duradouro de familiaridade com a morte, nas sociedades tribais, o problema da morte não existia porque o indivíduo tinha um peso muito diminuto com relação à coletividade. Na Idade Média, sob forte influência da religião, a população era educada no sentido de aceitar a morte como um destino determinado.

Como outros fenômenos da vida social o processo de morrer pode ser vivido de distintas formas, de acordo com os significados compartilhados por esta experiência. Os sentidos atribuídos ao processo do morrer sofrem variação segundo o momento histórico e os contextos socioculturais. O morrer é um processo construído socialmente, que não se distingue de outras dimensões do universo das relações sociais. (MENEZES, 2008, p. 24.).

De acordo com Santos (2009) morrer é mais que um evento biológico que tem uma dimensão religiosa, social, filosófica, antropológica, espiritual e pedagógica. Questões sobre o significado da morte e o que acontece quando se morre são preocupações centrais para as pessoas em todas as culturas e as têm sido desde tempos imemoriais. A preocupação humana com relação à morte antecede ao período da história escrita.

Os sentidos conferidos ao adoecimento, ao processo do morrer e ao falecimento sofrem variações segundo o momento histórico e os contextos socioculturais. Justamente por essa razão, uma das possibilidades de compreensão de uma determinada comunidade, grupo ou sociedade consiste no estudo, em cada cultura, da construção de significados conferidos ao corpo e aos fenômenos a ele associados (MENEZES, 2008).

Da relação do ser humano com a ideia e a realidade inevitável da morte, decorre a postura do homem ante a vida. Afinal, as diversas maneiras de pensar culturalmente são determinadas por cada povo. Morin (1997, p.25) aborda que “são nas atitudes e crenças perante a morte que o homem se distingue mais nitidamente dos outros seres vivos, nesse momento ele exprime o que a vida tem de mais fundamental”. Assim, desvendando o seu imaginário, podem-se compreender melhor suas atitudes, seus rituais e as diferentes posições diante da vida e da morte.

Em culturas tradicionais, a morte é tipicamente vista não como um fim, mas como uma mudança de status, uma transição da terra dos vivos para o mundo dos mortos. Segundo Morin (1997), nas consciências arcaicas em que as experiências elementares do mundo são as metamorfoses, das desapareições e das reaparições, das transmutações, toda morte anuncia um renascimento, todo nascimento provém de uma morte e o ciclo da vida humana inscreve-se nos ciclos naturais de morte-renascimento.

Os egípcios da Antiguidade desenvolveram um sistema bastante explícito e detalhado. Pirâmides, tumbas, múmias, objetos mortuários, escritos funerários e o Livro dos mortos, todos testemunham um otimismo fundamental perante a morte. A morte era questão central na cultura egípcia, por isso a ideia de transcendência estava contida nos seus mitos como o da renascença, mas ao mesmo tempo o acesso à imortalidade está facultado a observância de determinadas regras instituídas pela casta sacerdotal, responsável pela intermediação desse acesso. (SANTOS, 2009)

A morte, que antes era considerada um fenômeno natural e aceita sem apreensões e medo, passa a ser temida devido a sua associação com prováveis penalidades que o morto tem que arcar após o seu transpasse e conseqüentemente julgamento, considerando a grande importância à sobrevivência do corpo dada pelos egípcios. Vale salientar que esse foi o primeiro momento que o homem teve medo da morte, da pós-vida, da retaliação e/ou perda de relacionamento, principalmente, quando associado à morte de outros (SANTOS, 2009).

A mitologia grega também legou ensinamentos sobre a preocupação com a morte, entretanto Sócrates dizia que o propósito da filosofia era descobrir o significado da vida em relação à morte. De acordo com este Filósofo a arte de morrer nada mais era que aceitar a morte como a separação da alma do corpo. Para ele, o medo da morte devia-se ao fato de que ninguém saberia exatamente o que aconteceria no momento da morte. Entretanto, desde que a pessoa não tivesse mais dúvida do que realmente acontece no momento da morte, este medo ficaria sem fundamento ou razão (MENEZES, 2009).

Na idade antiga, a naturalidade da morte e a ideia de imortalidade começam a sofrer influência das religiões, que impregnaram as ideias do imaginário popular com sugestões de punição e sofrimento pós-morte e, até mesmo, a perda da imortalidade. Este período caracterizou-se pelo sentimento de respeito ao morto, inclusive com as cerimônias religiosas, a observância do tempo de luto e as visitas ao cemitério. Como as pessoas morriam em casa, as crianças podiam passar e brincar junto ao féretro, que geralmente ocupava o lugar mais destacado da casa. (KOVACS, 2004, p. 31).

Contraopondo-se a essa visão Elias (2001), entende que a vida nos Estados medievais era apaixonada, violenta, incerta e breve. Morrer podia significar tormento e dor, pois antigamente havia menor possibilidade de alívio. A morte, então, era menos oculta, mais presente e familiar – o que não indicava que fosse mais pacífica.

Com o crescimento das cidades e das epidemias, o medo da morte foi intensificado especialmente no século XIV, porque a violência e a fome eram comuns e, por isso, as pessoas a temiam e os religiosos reforçavam o medo delas. Assim, o sentimento de culpa e temor da punição após a morte passa a ser doutrina oficial.

Na Idade Moderna, depois da Revolução Industrial e com o desenvolvimento do consumismo, a morte começa a ser interdita. O cuidar de velhos e doentes, pela inexistência de tempo familiar, passa a ser uma incumbência dos hospitais os quais estavam preparados para salvar vidas e não cultivar a morte. (KOVACS, 2008, p.58). Essas mudanças afetaram não só a sociedade como um todo, mas principalmente a relação entre o homem e morte, pois o indivíduo perde o controle e o poder sobre o seu morrer.

O quarto do moribundo passou da casa para o hospital. Devido às causas técnicas, esta transferência foi aceita pelas famílias, estendida e facilitada pela sua cumplicidade. O hospital é a partir de então o único lugar onde a morte pode escapar seguramente a publicidade - ou aquilo que resta - a partir de então considerada como uma inconveniência mórbida. É por isso que se torna o lugar da morte solitária. (ÁRIËS, 2003, p. 322).

A morte não se passa mais a maneira antiga, com suavidade, na presença dos entes queridos a beira do leito de morte e com a naturalidade que deveria ter.

O ritual em que uma pessoa sentindo que a morte estava próxima, recolhia-se ao leito e convocava seus parentes, amigos e vizinhos para a cerimônia de despedida, não encontra mais lugar no mundo contemporâneo. A cena de hoje retrata um paciente relegado a um canto de hospital, solitário, sedado, inconsciente, conectado a aparelhos de uma unidade de terapia intensiva. (ELIAS, 2001, p. 45).

O hospital que antes era entendido como um lugar de cura e onde o morrer era considerado um fracasso terapêutico, a partir desse momento é aceito como um lugar da morte natural, prevista e aceita pelas famílias (SANTOS, 2009).

Menezes (2009) destaca que o desaparecimento de uma pessoa sempre foi um desafio para o espírito humano, para o qual foram e seguem sendo elaboradas as mais variadas crenças e religiões, a partir das quais são configurados diversos rituais. Contudo, cabe destacar que a busca por interpretações não os restringe ao término da vida, abarca todos os eventos relacionados ao corpo, como os associados à sexualidade, reprodução, nascimento, envelhecimento, adoecimento e sofrimento.

Para as pessoas das sociedades antigas ou atuais, a origem da morte é explicada através de histórias ou mitos. Todas as sociedades desenvolveram um ou mais sistemas fúnebres pelos quais podiam entender a morte em seus aspectos pessoais e sociais. Entretanto, ao se fazer um retrospecto sobre as maneiras como a humanidade tem lidado com a morte, surgem várias dúvidas e perguntas aparentemente sem respostas ao longo da História. (KOVACS, 2008).

Várias pesquisas apontam, ao longo dos séculos, uma série de tentativas em esclarecer o fenômeno da morte, mas ao tentar desvendá-la ou entendê-la, ela se torna mais enigmática do que antes, aprofundando mais ainda a sua negação e o sentimento de medo. Infere-se, então, que a existência do homem é corporal, e o tratamento social e cultural do qual o corpo é objeto, as imagens que comunicam sua densidade e os valores que o distinguem, apontam para as variações, definição e modos de existência humana nas várias estruturas sociais (SANTOS, 2009).

As concepções atuais do corpo estão ligadas ao aparecimento do modo de subjetivação individualista, enquanto forma de estruturação social; à emergência de um pensamento racional positivo e laico sobre a natureza, principalmente a partir do Século XVII; ao recuo progressivo das tradições populares locais, que faziam do corpo um componente aberto e integrado ao cosmo e à comunidade; e, finalmente, ligadas à história da Medicina, que encarna nas sociedades ocidentais um saber oficial sobre o corpo. A conjugação de todos esses elementos permite uma visão panorâmica do estatuto atual do corpo que nas sociedades ocidentais contemporâneas, se tornou o signo do indivíduo, lugar de sua diferença e de sua distinção (BENDASOLLI, 2001).

A morte cerebral, definição moderna de alma (Le Breton, 2008), testemunha, entre outras coisas, o fim da inviolabilidade da vida, o fim de seu pulsar no silêncio secreto dos órgãos. No momento em que o corpo depõe a favor do imaginário da transparência (Le Breton, 2008) do saber técnico e científico, nada mais pode permanecer oculto nele, fora de controle e previsibilidade. A vida, que por muito tempo era condicionada à inviolabilidade do lugar que o corpo demarcava, agora pode ser rompida em seu nível mais íntimo, decomposta em cada um dos órgãos que resiste à morte do conjunto; virtualizada. O rompimento dessa inviolabilidade da vida acarreta um rompimento na própria ordem biológica.

De acordo com Vargas e Ramos (2006), a morte e a doação de órgãos são práticas culturais contemporâneas e é preciso entendê-la além do campo social, psicológico e histórico. O indivíduo precisa ser instituído em relação ao corpo, para que se possa analisar como a doação contribui para uma reformulação ou manutenção da própria identidade pessoal, considerando que o corpo é a condição do homem, lugar de sua identidade. Le Breton (2008).

Segundo Bendasolli (2001) estudos apontam para o fato de que a percepção do corpo pelo indivíduo, o modo como ele se identifica e se relaciona com sua imagem corporal, e o modo como os órgãos figuram nessa imagem, podem servir, quer como motivos de facilitação, ou como de resistência à doação.

Além da percepção do corpo, deve-se levar em conta a maneira como a morte é tratada nos dias de hoje. Na cultura ocidental, estudos têm demonstrado que quanto maior o medo da morte, maior parece ser a recusa pela doação de órgãos.

Com a grande valorização atual da vida, a morte, tem tido muito pouco espaço para uma reflexão profunda, para um enfrentamento indispensável, restringindo-se a lugares devidamente instituídos como hospitais e clínicas especializadas, (ARIÉS, 2003).

A morte que antes era um fenômeno natural da existência humana passa a ser cerceada das discussões cotidianas dos indivíduos. A ausência da reflexão sobre a morte dificulta o diálogo sobre doação de órgãos entre os diversos grupos sociais, dentre eles a família.

A falta de diálogo claro e aberto sobre a morte tem implicações diretas sobre a doação de órgãos, visto que os indivíduos não manifestam sua vontade em ser doador em vida. Nesse sentido, as famílias pelo desconhecimento do desejo do paciente negam a doação de órgãos.

Santos e Massarollo (2005) definem o processo de doação como o conjunto de ações e procedimentos que consegue transformar um potencial doador em doador efetivo. Segundo Sadala (2004) esse processo pode demorar horas ou dias, o que pode causar stress e ser traumático a família.

Retomando o pensamento de Santos e Massarollo (2005) o entendimento de ME é um dos fatores que influi no processo de doação de órgãos, pois, geralmente, as famílias apenas ouvem falar desse conceito quando um ente querido evolui para tal diagnóstico, em decorrência de uma lesão cerebral severa e súbita, o que dificulta a compreensão da idéia da cessação das funções do cérebro em um ser aparentemente vivo.

A família não compreende o diagnóstico de ME, pelo fato do paciente apresentar batimentos cardíacos, movimentos respiratórios e temperatura corpórea. Nesse momento podemos perceber que o conceito de morte ainda esta ligado a uma parada cardio respiratória irreversível.

O desconhecimento e/ou não aceitação da ME é compreensível, uma vez que, classicamente, a morte era definida como a cessação irreversível das funções cardíaca e respiratória, o que gera resistência não somente a população, mas também, entre os profissionais de saúde.

A falta de conhecimento do conceito de ME pela sociedade e por profissionais de saúde, demonstra a necessidade de políticas de educação em saúde direcionadas para a construção de campanhas publicitárias voltadas para o esclarecimento do conceito de morte encefálica.

Diante das questões aqui apresentadas podemos inferir que a doação de órgãos e tecidos para transplante precisa ser entendida para além da esfera biológica, precisa ser compreendida dentro do seu contexto histórico e social.

A doação de órgãos e o transplante são práticas relativamente recentes que envolvem vários aspectos da natureza humana. Os transplantes de órgãos deixaram de ser

experimentos, para se tornarem em opção terapêutica capaz de prolongar a vida de pacientes terminais.

No entanto, a nobreza dos objetivos do aumento de captação de órgãos não justifica a utilização de métodos não éticos. Nesse sentido, o advento dos transplantes determinou uma nova interpretação de vários princípios no âmbito da ética, bem como a promulgação de novas leis no âmbito jurídico. Esse arcabouço ético - jurídico direciona o ordenamento das relações contidas na relação doação- transplantes.

2.2 ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES NO BRASIL

As grandes inovações tecnológicas aplicadas na assistência à saúde vêm transformando as formas do homem viver, desenvolver-se e morrer. Segundo Cohen (2011), o avanço científico tem possibilitado um número cada vez maior de benefícios, prolongando a vida de vários indivíduos e garantindo para outros uma qualidade de vida melhor.

O advento dos transplantes de órgãos e tecidos criou para as sociedades humanas questões que extrapolam a complexidade da evolução científica. Estas questões constituem temas de polêmica para profissionais da área de saúde, juristas, cientistas sociais, abrangendo todo o universo da atividade humana. Neste sentido, os princípios da ética servem de balizamento de todas as condutas e procedimentos inerentes aos transplantes.

Existe um conjunto de três princípios gerais, nos quais, se incorporam intrinsecamente as questões dos transplantes. O primeiro, é o da intangibilidade corporal, que reflete o pertencimento do corpo à identidade pessoal, e como tal, merecedor da dignidade inerente à pessoa humana. O segundo, é o da solidariedade que entende o homem como ser social, responsável por si e por todos de sua comunidade, nesse sentido a doação de órgãos deve ser um ato voluntário e altruista, em benefício da própria sociedade. O terceiro, é o da totalidade que acredita que sendo o corpo um todo, cada parte dele deve ser avaliada de acordo com o todo. E por isso, cada parte (membro, órgão ou função), pode ser sacrificado em função do corpo, desde que isso seja útil para o bem-estar de todo o organismo.

Dentro destes três princípios gerais, insere-se um conjunto de princípios específicos como o princípio da autonomia, que determina o respeito pelas pessoas e incorpora duas convicções éticas: a primeira, que os indivíduos devem ser tratados como entes autônomos; a segunda, que as pessoas cuja autonomia está diminuída devem ser objeto de proteção.

Este princípio refere-se ao respeito à autodeterminação humana, alicerçando a relação terapêutica e o consentimento a qualquer modalidade de tratamento disponível, podendo justificar a recusa do paciente em receber o tratamento indicado. Ele está ligado ao consentimento livre e esclarecido, que deve ser embasado no fornecimento de informações sobre os riscos e benefícios, sobre as alternativas mais adequadas.

Essas informações devem ser realizadas de acordo com os valores e a linguagem de cada paciente, sem se ater a fórmulas padronizadas. Por outro lado, o consentimento não deve pressupor imutabilidade, podendo ser revogado a qualquer instante por decisão voluntária das partes envolvidas, sem que as mesmas sejam imputadas reprimendas, sanções morais ou legais.

O consentimento livre e esclarecido refere-se a um processo no qual os pacientes bem informados sobre o assunto, sua doença, consequências, tratamentos, etc., participa das decisões sobre o tratamento médico. Essa ação trata-se da manifestação da essência do princípio da autonomia. (SILVEIRA, 2009, p.65).

O princípio da confidencialidade está ligado diretamente a um preceito ético fundamental que é o respeito ao ser humano, pois todo indivíduo tem a capacidade de decidir qual a informação quer manter no anonimato. Os diversos códigos de ética dos profissionais de saúde, estabelecem o sigilo profissional como direito do paciente e dever do profissional.

O princípio da gratuidade não admite a existência do comércio de órgãos, visto que, a doação é um gesto altruista e solidário para a sociedade, não se constitui em um bem tangível, que possa ser negociado entre partes interessadas.

Os princípios éticos do transplantes têm uma relação direta com os princípios da bioética, visto que a história desta guarda proximidades com o desenvolvimento da terapia dos transplantes, pois os avanços alcançados por estes podem ser considerados como um modelo da revolução científica e ética do século XX.

A bioética surgiu como uma indiscutível resposta a crescente inovação científica e tecnológica do século XX e como uma consequência racional ao desenvolvimento das ciências biomédicas. O nascimento, a vida e a morte dos seres humanos são processos cada vez mais passíveis da intervenção do próprio homem. Enquanto a ciência traz a possibilidade de poder interferir nestes processos naturais, a ética, em particular a bioética, surge como um instrumento definidor da propriedade (ou impropriedade) do dever interferir. (SILVEIRA, 2009, pg. 61)

Segundo Burdilles (2010):

A bioética compreende um complexo de reflexões filosóficas em torno da medicina e das ciências biomédicas, um campo em que as questões morais e epistemológicas, interagem e se encontram intimamente ligados a matérias e preocupações práticas com o cuidado da saúde humana.

O Princípio da Beneficência, ou *bonum facere*, que remonta à antiguidade clássica com o juramento hipocrático, o qual enfatiza a necessidade de não provocar danos, maximizar os benefícios e minimizar os riscos possíveis, buscando o bem-estar dos enfermos, corresponde ao fim primário da medicina que, numa visão naturalista, é o de promover o bem, em relação ao paciente ou à sociedade, evitando o mal. O Princípio da Justiça, propondo a imparcialidade na distribuição dos riscos e dos benefícios, que repercute diretamente nas desigualdades sociais.

Este princípio deve ser revisitado após uma leitura da obra de John Rawls ante sua constante referência aos homens como seres livres e iguais no contexto de uma sociedade aberta e democrática, na qual se reconhecem a liberdade e a igualdade como valores fundamentais para a realização concreta de uma sociedade justa, dentro de um esquema de cooperação social. O princípio da justiça está intimamente ligado à equidade e à imparcialidade, requerendo tratamento igualitário e universal na repartição ou distribuição dos riscos, encargos e benefícios pertinentes ao exercício da medicina, e práticas dos profissionais da área de saúde. O princípio da justiça determina que as pessoas tenham tratamento igual, porém, respeitando sempre as suas convicções religiosas, e filosóficas, pois a sua privacidade é regra que deve sempre que possível ser observada. (ROSA, 2007, p. 16)

O princípio da beneficência e não-maleficência visa à promoção do bem-estar e interesse das pessoas, evitando causar-lhes mal ou dano, com base nos antigos e reais ensinamentos hipocráticos. Tem como desdobramento o que se intitula de princípio da não-maleficência, que contém como recomendação o dever de não causar intencionalmente algum mal ou ofensa ao paciente. Há previsão nos códigos de ética médica e dos profissionais da saúde em geral, que no exercício da profissão deve-se objetivar o bem do paciente, promover a saúde, minimizar a dor, oferecer dignidade ao indivíduo, e prevenir as doenças. Estabelece o Código de Ética Médica, em seu artigo 6º:

O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar um sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano, ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade. (CFM 1.246/88).

Em relação aos direitos da pessoa, o transplante de órgãos e tecidos com doador cadáver e o consentimento para a utilização desses órgãos constituem tema polêmico, mesmo que regido pela legislação. No Brasil, a legislação sobre doação e transplantes de órgãos vem sendo construída historicamente, definindo responsabilidades do Estado, dos serviços de saúde e dos profissionais. Os principais objetivos dessa legislação visam resguardar os direitos das pessoas envolvidas, principalmente, as do doador vivo ou falecido e assegura a gratuidade da cessão dos órgãos ou tecidos para fins de transplantes.

Durante quase 30 anos, de 1968 a 1997, período chamado “heróico e romântico”, a atividade de transplante no país era pouco regulamentada, o que havia eram regulamentações regionais, desenvolvidas informalmente quanto à inscrição de receptores, ordem de transplante, retirada de órgãos e critérios de destinação e distribuição dos órgãos captados. Na medida em que grande parte dos procedimentos realizados era financiada por recursos públicos e que se aprofundava o entendimento de que os órgãos captados eram “bens públicos”, cresceu, na sociedade brasileira, entre os gestores do SUS e na própria comunidade transplantadora, o desejo de regulamentar a atividade, através de uma coordenação nacional e de um sistema de transplantes com a definição de critérios claros, tecnicamente corretos e socialmente aceitáveis e justos, de destinação dos órgãos. (PEREIRA, 2004, pág. 104).

A Lei nº 4.280, de 06 de novembro de 1963, foi a primeira regulamentação da matéria de transplantes de órgãos no país, tendo regulado sobre a extirpação de órgãos de pessoas falecidas. Essa lei, apesar de não estabelecer um conceito para morte, instituiu que para cada cadáver poderia haver apenas uma extração cirúrgica. Sendo estipulado que para ocorrer a doação de órgãos, esta dependeria de manifestação de vontade escrita do sujeito ou da não-oposição do cônjuge ou dos parentes do doador até o 2º grau.

O texto legislativo foi bastante criticado pelas expressões extirpação e pessoa falecida, sendo a primeira pela ideia de violência que gerava e a segunda, pelo fato de que, ao falecer, a pessoa deixaria de existir e, em seu lugar, surgiria simplesmente o cadáver. Outra crítica levantada referia-se à inexistência de referência à gratuidade da doação, lacuna que poderia facilitar a comercialização de órgãos humanos para transplantes. (CARDOSO, 2002, pág. 73).

Além dessas críticas, há de se ressaltar a omissão de critérios para a constatação da morte do doador, exigindo-se, apenas, para que se realizasse a extirpação de órgãos ou partes do cadáver, que fosse provada, de maneira cabal, a morte atestada pelo diretor do hospital onde se deu o óbito ou por seus substitutos legais.

Decorrido cinco anos, a Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968, revogou a legislação anterior, com a seguinte ementa: “Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências”. Embora

ela se referisse expressamente a doador cadáver, permitia à pessoa maior e capaz dispor de órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins humanitários e terapêuticos admitindo que a disposição para fins de transplante de tecidos, de órgãos e de partes do cadáver, que deveria apenas ocorrer de forma gratuita, por manifestação expressa da vontade do disponente.

Além disso, somente era permitida tal doação se preservasse a integridade física do doador e correspondesse à necessidade indispensável para o receptor. A gratuidade disposta no art.1º, a obrigatoriedade da manifestação expressa do doador por umas das formas do art. 3º e a proibição de doador menor e incapaz eram condições exigidas pela aludida legislação. Nos casos de pessoas analfabetas ou incapazes, a declaração de vontade deveria ser feita por instrumento público, a autorização também passou a ser admitida pela autorização escrita do cônjuge, não separado, e sucessivamente, de descendentes, ascendentes e colaterais, ou das corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos despojos.

A lei trouxe aspectos importantes tais como: a disposição gratuita de uma ou várias partes do corpo "*post mortem*" para fins terapêuticos, a necessidade da prova incontestável da morte, a manifestação do desejo do disponente a doação de órgãos, a necessidade da autorização da família para realizar a doação, a criação de dispositivos sobre a captação e o transplante de órgãos e a determinação do transplante como último recurso terapêutico.(GARCIA et al b, 2006, pág. 37).

Para Ferreira (1997), a partir desse momento as primeiras entidades relacionadas ao transplante começaram a surgir e várias ações como audiências públicas, simpósios, seminários começaram a acontecer no país, chamando a atenção da sociedade para a questão, ganhando dimensão no Congresso Nacional.

Os transplantes no Brasil começaram na década de 60, mas só ocuparam lugar significativo a partir da Constituição de 1988 quando o tema ocupou espaço significativo na comissão de saúde, resultando posteriormente na determinação constitucional no art. 199, parágrafo 4º:

A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplantes, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (BRASIL, 1988).

Na Norma Constitucional, está subjacente a garantia do direito de todos os cidadãos ao transplante. A lei ordinária, portanto, deverá vir para facilitar a remoção de órgãos e

tecidos, substâncias etc., a serem utilizadas com tal finalidade, bem como em pesquisa e tratamento, vedando o texto aquilo que se convencionou denominar “mercado de órgãos” (GARCIA et al b, 2006, p.51).

Como resposta a disposição Constitucional foi criada em 18 de novembro de 1992 a Lei nº. 8489, sendo regulamentada pelo Decreto nº 879 de 22 de julho de 1993, que trouxe a seguinte ementa: “Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências” (BRASIL, 1992).

A partir desse momento, observa-se uma evolução no texto normativo no que diz respeito ao regramento da ampla gama de situações inerentes ao transplante, porque são definidos os termos doador e receptor. O doador é entendido como pessoa maior e capaz, apta a fazer doação em vida, ou “post mortem” de tecido, órgão ou parte do seu corpo, com fins terapêuticos e humanitários; e o receptor como pessoa em condições de receber, por transplante, tecidos, órgãos ou partes do corpo de outra pessoa viva ou morta, e que apresente perspectivas fundadas de prolongamento de vida ou melhoria de saúde.

Nesse momento, são definidos os critérios a serem adotados para doação de órgãos em vida, os critérios a serem adotados para doação “post mortem”. De acordo com o Decreto nº. 879/93 é permitido à pessoa maior e capaz, dispor, gratuitamente, de tecidos, órgãos ou partes do próprio corpo vivo para fins humanitários, e terapêuticos. Entretanto, essa permissão limitar-se-á à doação entre avós, netos, pais, filhos, irmãos, tios, sobrinhos, primos até segundo grau inclusive, e entre cônjuges.

Vale salientar que a doação entre pessoas sem vínculo familiar somente poderá ser realizada após autorização judicial e esta será permitida quando se tratar de órgãos duplos; partes de órgãos; tecidos; vísceras ou partes do corpo que não impeçam os organismos do doador de continuar vivendo sem risco para a sua integridade ou grave comprometimento de suas aptidões vitais, nem possa produzir-lhe mutilação ou deformação inaceitável ou, ainda, causar qualquer prejuízo à sua saúde mental, e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável ao receptor.

Com relação ao doador cadáver, a utilização de tecidos, órgãos ou parte do corpo humano somente será admitida se existir desejo expresso do doador manifestado em vida, mediante documento pessoal ou oficial nos termos do art. 3º, inciso I; da Lei nº. 8.489, de 1992, e do Decreto 879/92. Na falta dos documentos indicados, a retirada de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano somente será realizada se não houver manifestação em contrário por parte do cônjuge, ascendente ou descendente, observado o disposto no § 6º do art. 31 da Lei nº. 8.489. A retirada de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano serão

precedidos de diagnóstico e comprovação da morte, atestada por médico nos termos da Lei de Registros Públicos.

De acordo com o Decreto 879/92 o diagnóstico e a comprovação da morte não deverão guardar qualquer relação com a possibilidade de utilização de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano para transplante. O médico que atestar a morte do indivíduo não poderá ser o mesmo a realizar o transplante, nem fazer parte da equipe médica responsável pelo transplante. Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da ME.

A Resolução nº. 1.346/91 do Conselho Federal de Medicina – CFM regulamentou o diagnóstico de ME para pessoas com idade superior a 02 anos. Além dos testes clínicos, realizados com intervalo mínimo de 06 horas, por dois médicos não ligados as equipes de transplantes exigem-se a realização de exames complementares.

Comprovada a ME, nos termos do art. 3º, inciso V da resolução nº. 1.346/91, é obrigatória a notificação, em caráter de urgência à Central de Notificação da Secretaria de Saúde do Estado, pela direção do hospital onde a ME ocorreu imediatamente à sua constatação.

Depois da notificação da existência de tecidos, órgãos ou partes do corpo disponível para transplante, observado os critérios do cadastro técnico (ordem cronológica de inscrição associada, quando necessário à verificação da compatibilidade sanguínea e imunológica e a gravidade da enfermidade), a Central de Notificação da Secretaria de Saúde do Estado selecionará mais de um indivíduo receptor, até o máximo de dez, e os encaminhará ao hospital responsável pela realização do transplante. O hospital, observados outros critérios médicos, determinará o paciente que será o receptor do tecido, órgão ou parte do corpo.

Quando o tecido, órgão ou parte do corpo humano encontrar-se em hospital privado que embora cadastrado no MS como habilitado para realização de transplante, não integre o Sistema Único de Saúde, a Central de Notificação providenciará para que a realização do transplante se dê em hospital público ou integrante do Sistema Único de Saúde.

O documento apresenta noções de direito e cidadania contidos na Constituição Federal e preconizados pela Lei de criação do Sistema Único de Saúde, no momento que garante a preservação da autonomia do sujeito, através da defesa da sua integridade física e moral; através do principio da integralidade quando cria um conjunto articulado e continuo de ações e serviços de acordo com a complexidade do sistema, do direito a informação e do principio da igualdade quando garante o acesso à assistência sem preconceitos e/ou privilégios de qualquer espécie para todos.

Embora a Lei 8489/92 determinasse que o MS expedisse as normas sobre a organização das Centrais de Notificação e das Secretarias de Saúde, o referido Ministério não expediu as normas. Isso porque os Estados desenvolviam suas ações em transplante seguindo as regulamentações loco regional, pautando-se na informalidade no que diz respeito à inscrição de receptores, ordem de transplantes, retirada de órgãos e nos critérios de distribuição dos órgãos captados.

No final de 1995 foi encaminhada uma proposta ao MS de um modelo de organização de transplantes para o País, baseada no modelo espanhol. Porém apesar de várias reuniões não foi publicada nenhuma normatização. (GARCIA et al b, 2006)

Em 1997, criou-se a Lei n º 9434 a qual revogou a Lei nº. 8489/92 e o Decreto nº. 879/93. Essa nova Lei conhecida como a “Lei dos Transplantes” dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências, trazia em seu bojo, um dispositivo que transformava todo e qualquer cidadão, ao morrer, em doador compulsório – a não ser que em vida tivesse se manifestado contrariamente a isto, em documento de identidade civil ou na Carteira Nacional de Habilitação.

Cardoso (2002) expõe que o direito conhece fronteiras, entretanto, não se pode desprezar a importância da legislação vigente nos demais países, em um mundo cada vez mais globalizado. Ademais, os textos legais estrangeiros, em especial os europeus, serviram de base para a legislação pátria e para a criação do modelo de transplantes adotado no Brasil. Vale salientar que a legislação brasileira e o modelo de transplantes sofreram modificações visando atender às diferenças culturais e os anseios da sociedade brasileira.

O advento de uma lei que estabelecia o instituto da doação presumida – com a opção, ao cidadão, de registrar a sua vontade em contrário – nivelou o Brasil aos países com legislação semelhante como: Finlândia, Grécia, Itália, Noruega, Espanha e Suécia. Entretanto, a promulgação da lei 9.434/97, inspirada em princípios desenvolvidos internacionalmente, dos quais se pode citar a doação presumida, provocou generalizada polêmica na opinião pública e nos órgãos da categoria médica, além das sociedades científicas.

A nova lei era acusada de contrariar uma tradição cultural do povo brasileiro ao determinar, como obrigação, aquilo que, no entendimento geral, deveria ser uma opção generosa, conseqüente à solidariedade humana. A repercussão na população não tardou a aparecer sob a forma de troca de documentos de identidade, rejeitando a compulsoriedade estabelecida pela norma legal. Houve casos de até 97% de rejeição nos novos documentos

de identidade, enquanto pesquisas informais apontavam que cerca de 25% da população de alguns Estados obtinham novos documentos declarando-se não-doadores.

Não se nega que esse projeto de lei tenha sido inspirado em razões humanitárias ante a propalada falta de doadores e os inúmeros óbitos provavelmente daí decorrentes. No entanto, essa lei não respeitou a autonomia pessoal e o direito à autodeterminação dos possíveis doadores no momento em que não reconheceu o direito de cada um ao consentimento livre e esclarecido (SILVEIRA, et al, 2009, pág.68).

O CFM havia se pronunciado ainda na fase de projeto de lei, através do Processo-Consulta CFM nº. 2.655/95 (PC/CFM/Nº. 34/95), cuja ementa salienta: "A doação de órgãos deve ser de caráter manifesto e não presumida, traduzindo um gesto de amor e solidariedade ao próximo". No mesmo parecer, o CFM asseverava que o aumento do número de transplantes guardava estreita relação com uma melhor organização das estruturas envolvidas nos transplantes, bem como de uma notificação mais precoce da ocorrência de ME.

Ainda que a lei tivesse estabelecido o prazo de um ano para a sua vigência, prevendo a necessidade de se estruturar um sistema nacional de transplantes – SNT, bem como a devida formação de uma campanha de esclarecimento à população, a verdade é que nenhuma destas situações foi atendida, fazendo com que a doação presumida promovesse pânico a alguns setores da sociedade.

Para a classe médica criou-se o dilema da obtenção de órgãos sem a expressa autorização do falecido ou de seus familiares, ferindo conduta ética tradicional e o princípio da autonomia esposado pelo Código de Ética dos Conselhos de Medicina (Resolução CFM nº. 1.246/88).

A grande polêmica consistia na quebra do princípio bioético da autonomia, segundo o qual todos os seres humanos, desde que capazes, têm o direito de decidir sobre si mesmo, principalmente em questões de saúde e até em situações de vida ou morte. As dificuldades existentes antes da lei de doação de órgãos tornaram-se, então, maiores com o advento de uma legislação que aboliu a autonomia de quem deveria decidir sobre o seu próprio corpo.

Assim, ainda que tardiamente, o governo Federal revogou, em parte, a obrigatoriedade de o brasileiro manifestar em vida oposição à doação de órgãos, o que além do constrangimento individual feria o princípio fundamental da autonomia. Foi em razão destas manifestações contrárias ao estatuto da doação presumida que o governo Federal resolveu editar a Medida Provisória nº. 1.718 de 06 de outubro de 1998, acrescentando o

seguinte dispositivo à lei em vigor: "Na ausência de manifestação da vontade do potencial doador, o pai, a mãe, o filho ou o cônjuge poderá manifestar-se contrariamente à doação, o que será obrigatoriamente acatado pelas equipes de transplantes e doação" (§ 6º do art. 4º da Lei nº. 9.434).

Essa nova disposição significou a revogação parcial da obrigatoriedade do cidadão manifestar-se em vida contrariamente à doação de órgãos, pois mesmo que abdicasse deste gesto restaria aos seus familiares uma última e definitiva opção, a qual deveria ser obrigatoriamente acatada pelas equipes médicas. Mas as alterações advindas deste novo diploma legal ao invés de propiciar incremento no número de doações promoveram evolução contrária.

Informações do MS dão conta que, desde a vigência da lei, houve 90% de negativa dos familiares em autorizar a retirada de órgãos de parentes mortos. Em face deste preocupante quadro negativo, uma nova mudança é realizada na Lei nº. 9.434, por meio da Medida Provisória nº. 1.959-27, de 24 de outubro de 2000; e, posteriormente, pela Lei nº. 10.211 de 23 de março de 2001, que entre outros preceitos, estabeleceu alterações pertinentes à autonomia do doador e de seus familiares. Dessa forma, as manifestações de vontade relativas à retirada "post mortem" de tecidos, órgãos e partes, constantes da Carteira de Identidade civil e da Carteira Nacional de Habilitação, perderiam sua validade após o dia 1º de março de 2001.

Um comportamento exigido por lei, publicado em diário oficial e veiculado para um público específico não pode ser entendido como aceito pela população que em sua maioria não tem acesso a esses meios de comunicação. Nesse sentido, a resistência a Lei 9.434/97 poderia ser minimizada se na época tivesse havido uma ampla campanha de esclarecimento, com um período voltado a discussão sobre o projeto e a estruturação necessária dos serviços de educação voltados para a doação de órgãos e tecidos para transplantes. Isso permitiria que a informação fosse divulgada de maneira consistente e que os interessados em doar pudessem agir cientes das implicações de suas escolhas e aqueles que não tivessem a intenção de torna-se doador, tivessem o seu direito de autodeterminação respeitado.

2.3 O SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES

A Lei nº. 9.434/97 e o Decreto nº. 2.268/97 tornaram-se conhecidos na sociedade pelo consentimento presumido, mas, além disso, esses instrumentos normativos tiveram papel importante no cenário do transplantes do País, visto que foram responsáveis pela

criação do Sistema Nacional de Transplantes. De acordo com o Art. 4º do decreto em questão, o MS exercerá as funções de órgão central do SNT. Dentre as ações destinadas ao SNT por intermédio do Ministério da Saúde, pode-se destacar: expedição de normas e regulamentos técnicos; *gerenciamento da lista única nacional de receptores*; autorização de estabelecimentos de saúde e equipes especializadas a promover retiradas, transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes; e o credenciamento de centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos.

O artigo 5º da lei em questão definiu que os órgãos estaduais, compostos pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou órgãos equivalentes. Essas estruturas são designadas de Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs que atuam como unidades executivas das atividades do SNT.

De acordo com o art. 04 da seção II do Decreto 2.268/97, caberiam ao MS expedir as normas e o regulamento técnico para disciplinar os procedimentos estabelecidos no referido documento. Entretanto, o regulamento técnico do Decreto 2268/97 e conseqüentemente do SNT só foram expedidos 12 anos depois, através da Portaria nº. 2600 de 21 de outubro de 2009. O regulamento técnico foi aprovado após consulta pública por intermédio da Portaria nº 2040/GM de 25 de outubro de 2008.

A Portaria 2.600/2009 trouxe mudanças significativas com relação à estrutura administrativa do SNT. Dentre as mudanças significativas pode-se citar a criação de uma Coordenação geral do SNT CGNTT, que tem como função precípua harmonizar a atuação do sistema com as demais políticas e promover a articulação com outros órgãos do Ministério da Saúde.

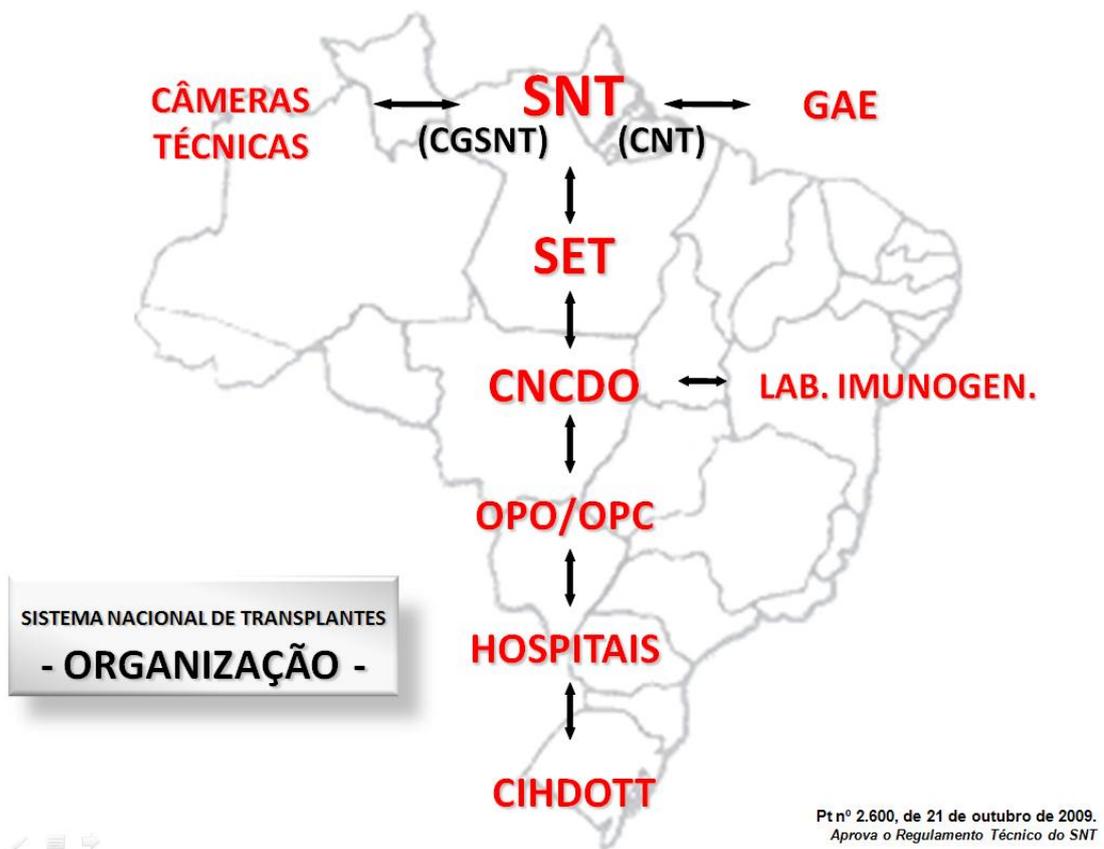
Essa designação surge para atender uma necessidade básica do sistema, visto que, a política de transplantes não pode ser desenvolvida fora do contexto e da discussão de outras áreas de saúde. A questão do transplante não pode ser gestada apenas no contexto da alta complexidade, mas sim ser discutida e promovida em todos os níveis de atenção a saúde.

Outro fator importante da portaria 2.600/2009 foi a criação do Grupo de Assessoramento Estratégico – GAE, que tem como funções a elaboração das diretrizes para a política de transplantes e enxertos; a proposição de temas de regulamentação complementar; a identificação dos indicadores de qualidade para as atividades de doação e transplantes; a análise dos relatórios com os dados sobre as atividades do SNT; e a emissão de parecer em situações especiais quando solicitados pela Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes - CGSNT.

Com a Portaria 2.600/2009 a estrutura administrativa do Sistema Nacional de Transplante foi modificada (Figura 1). Segundo o art. 6º da Portaria em discussão, as Coordenações Estaduais do SNT serão exercidas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

Para se integrarem ao SNT de acordo com o disposto no art. 5º do Decreto nº. 2.268, de 1997, os Estados e o Distrito Federal que possuam em seu território equipes especializadas e estabelecimentos de saúde autorizados para realizar diagnóstico de ME, retirada de órgãos e tecidos e transplantes e enxertos deverão contar com uma CNCDO.

Figura 1 – Representação da estrutura administrativa do Sistema Nacional de Transplantes



Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos - ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes, 2010.

Um ponto importante a ser destacado da normativa em questão é a criação das Organizações de Procura de Órgãos nos pais, que já existiam na grande São Paulo e alguns Estados do Sul do país, mas que não tinham uma regulamentação específica. O art. 12 do capítulo III define que as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, em

conformidade com a avaliação da respectiva CNCDO, estão autorizadas a criar Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos - OPOS.

As OPOS deverão se reportar à respectiva CNCDO e atuar em parceria com as CIHDOTT dos hospitais localizados na sua área de atuação. A OPO deve ter seus limites de atuação definidos por critérios geográficos e populacionais, bem como atuar de forma regionalizada para a detecção e demais procedimentos de viabilização de potencial doador de órgãos e tecidos para transplantes, podendo a CNCDO delegar à OPO o apoio e a organização necessária à execução dos processos de doação de órgãos, na sua área geográfica de atuação.

A Portaria nº 905 de 16 de agosto de 2000 do Ministério da Saúde, determinava a obrigatoriedade da existência de uma Comissão Intra-Hospitalar de Transplante para classificar as unidades de tratamento intensivo. Conforme assinalava a Lei nº 9434 de 04 de fevereiro de 1997, a comissão é responsável por organizar todo o processo de captação de órgãos, que inclui a identificação, a manutenção do potencial doador, a agilidade do diagnóstico de ME, a abordagem da família do doador, o contato com as equipes de retirada, o agendamento do procedimento cirúrgico de retirada, o transporte dos órgãos e a devolução do corpo a família.

A Portaria 2.600/2009 modifica a portaria anterior visto que o art. 14 determina que a criação das CIHDOTTs seja obrigatória naqueles hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos perfis relacionados abaixo, obedecida a seguinte classificação:

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

II - CIHDOTT II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano; e

III - CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não-oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgão.

Parágrafo único. A criação das CIHDOTT será opcional para todos os demais hospitais que não se enquadrem nos perfis descritos nos incisos deste artigo, e deverão ser classificadas pela CNCDO Estadual ou Regional.

O artigo Art. 15 da referida Portaria determina que a CIHDOTT deva ser instituída por ato formal da direção de cada estabelecimento de saúde; estar vinculada diretamente à diretoria médica da instituição; e ser composta por, no mínimo, três membros integrantes de seu corpo funcional, dos quais um, deverá ser médico ou enfermeiro, será o Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. A evolução do arcabouço

ético- jurídico ora apresentado construiu as bases do atual processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes no Brasil.

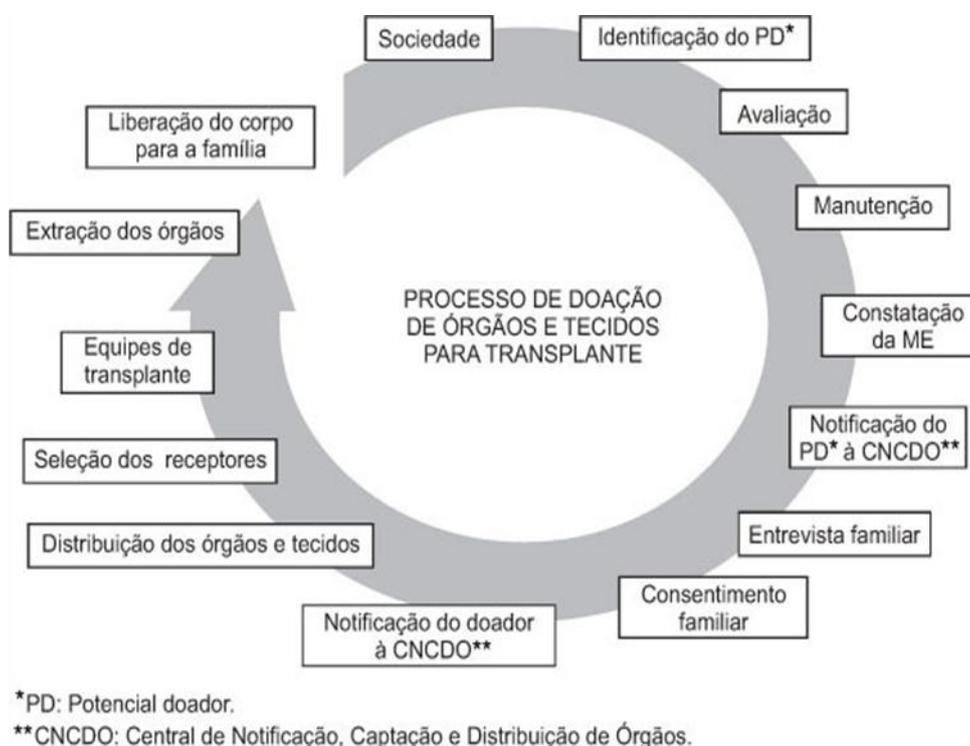
2.4 O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS NO BRASIL

O processo de doação pode ser definido como o conjunto de procedimentos, ordenados por etapas de que visam transformar órgãos de pessoas mortas em órgãos disponíveis para transplante:

Inicia-se com os médicos intensivistas ou assistentes que identificam os potenciais doadores, fazem a declaração de morte encefálica, notificam a família e fazem a comunicação à coordenação de transplantes. Continua com a entrevista com a família, em que se solicita o consentimento para remoção de órgãos e tecidos, e com a análise dos resultados. Este processo, na realidade, tem início e término com a sociedade, que fornece os órgãos e deles se beneficia (GARCIA et al a, 2000, pág.21).

O conhecimento do processo doação-transplante e a execução adequada de todas as suas etapas possibilitam a obtenção de órgãos e tecidos com segurança e qualidade. (Figura 2).

Figura 2 - Processo de Doação Transplante.



Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos - ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes, 2010.

O conhecimento do processo, além de possibilitar a qualidade dos órgãos, evita o surgimento de inadequações que possam ser causas de questionamentos por parte dos familiares e, até, motivo de recusa de doação dos órgãos.

O primeiro e possivelmente o mais importante de todos os passos no complexo processo de doação-transplante é a identificação dos potenciais doadores de órgãos e tecidos, etapa, sem a qual, as demais não ocorrerão. Esta se dá através da notificação passiva e da busca ativa. A notificação passiva corresponde à atitude da equipe multiprofissional das Instituições de Saúde em comunicar a CNCDO, a Organização de procura de órgãos – OPO ou a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT de sua unidade de saúde a existência do potencial doador.

A busca ativa corresponde à visita às Unidades de Terapia Intensiva – UTIs e Pronto-Socorros – PS realizada por enfermeiro ou médico da CIHDOTT ou da OPO, para a identificação de possíveis doadores. Nessa visita, o profissional deve se identificar à equipe multiprofissional, explicar o motivo da visita e a importância do seu trabalho.

O paciente com suspeita de ME, que é aquele que se encontra em coma irreversível, aperceptivo, arreativo, de causa conhecida, Escala de Coma de Glasgow igual a 3, sem uso de drogas depressoras do sistema nervoso central é identificado através de exame clínico de rotina realizado por médico da unidade.

A notificação é obrigatória (Lei 9.434/97). Os familiares do potencial doador devem ser informados sobre o início do protocolo de confirmação da ME. Sendo de extrema importância que a família participe ativamente do processo ou que indique um representante legal para acompanhar todos os procedimentos, evidenciando a transparência do processo.

Uma vez identificado o potencial doador, segundo a Lei 9.434/97, é obrigatório para todos os estabelecimentos de saúde, notificar, às CNCDOs da Unidade Federada onde for feito o diagnóstico de ME, em pacientes por eles atendidos. A participação dos intensivistas na detecção de potenciais doadores em UTI ou EME é fundamental, pois são eles que identificam o potencial doador, fazem a manutenção do potencial doador, emitem a declaração de ME e notificam a família. Segundo Garcia (2000), em função das dificuldades citadas na Tabela 1, os profissionais de saúde são citados como obstáculos para a doação de órgãos.

Quadro 1 - Fatores implicados na dificuldade de profissionais de saúde envolverem-se no processo de doação.

Falta de treinamento médico na identificação e no manejo clínico do potencial doador
Desconhecimento de como iniciar o processo de doação
Receio de complicações legais (falta de conhecimento dos aspectos legais)
Trabalho extra, envolvido na manutenção do potencial doador
Desconforto com o conceito de ME
Desconhecimento dos critérios de indicação e contra indicação para a doação
Dificuldade em considerar o paciente como doador de órgãos
Relutância em entrevistar a família num momento de sofrimento

Fonte: Garcia, 2000.

Após a notificação, uma série de ações deve ser instituída visando à manutenção efetiva do potencial doador com o objetivo de preservar a qualidade de seus órgãos para transplante, além de evitar a parada cardíaca do mesmo.

O potencial doador é, por definição, um paciente gravíssimo e que necessita de cuidados intensivos. Assim, o conhecimento das alterações fisiológicas que acometem os diversos órgãos e sistemas do paciente na condição de ME, pelos profissionais que trabalham com doação de órgãos e tecidos, é um dos fatores que parece estar relacionado à melhoria da sobrevida do receptor e qualidade do enxerto transplantado.

Uma vez identificado o potencial doador inicia-se, imediatamente, a manutenção do mesmo, que consiste na aplicação de suporte clínico para manter os parâmetros hemodinâmicos próximos do normal, visando à viabilidade e qualidade dos órgãos para transplante.

Os doadores de órgãos e tecidos para transplante são pessoas com diagnóstico de ME devendo ser mantidas com o coração batendo de forma artificial. Um dos grandes problemas na manutenção dos potenciais doadores consiste em manter parâmetros hemodinâmicos estáveis com o propósito de tornar os órgãos viáveis para transplante. Durante o processo de ME ocorre uma série de alterações fisiológicas que contribuem para instabilidade do doador, tais como:

- 1) Perda do controle hemodinâmico e da pressão arterial;
- 2) Perda da respiração espontânea;
- 3) Perda do controle do balanço hidroeletrólítico;
- 4) Perda do controle da temperatura;
- 5) Alterações do equilíbrio hormonal.

Para manter o controle dessas funções o mais próximo possível do normal faz-se necessário o registro contínuo dos parâmetros hemodinâmicos, além de outros como: temperatura, sódio, potássio, glicose etc. dos potenciais doadores. Assim a assistência prestada deve incluir cuidados gerais e específicos, não devendo ser diferente da assistência prestada ao paciente em estado crítico.

A ME compreende a parada completa e irreversível de todas as funções neurológicas intracranianas, considerando-se tanto os hemisférios cerebrais como o tronco encefálico. Os potenciais doadores de órgãos para transplante têm sido os pacientes que evoluem para ME, portanto doadores com coração “batendo”, ou no caso de córneas, pele, ossos, vasos e valvas cardíacas, pacientes em parada cardio respiratória irreversível (morte sistêmica ou morte circulatória). O conceito de ME surgiu na França, em 1959. No início daquele ano um grupo de neurocirurgiões franceses descreveu uma condição que eles denominaram de morte do sistema nervoso central.

Em 1968, a Harvard Medical School examinou a definição de ME e publicou o conceito que alcançou reconhecimento mundial. Os quatro critérios de Harvard para ME eram: (1) ausência de responsividade cerebral; (2) ausência de movimentos induzidos ou espontâneos; (3) ausência de respiração espontânea; (4) ausência de reflexos tendinosos profundos e aqueles associados ao tronco encefálico. Um eletroencefalograma – EEG isoeletrico foi julgado de “grande valor confirmatório”, mas a realização de um EEG não foi considerada mandatória (OPO-HCFM/USP).

A identificação dos pacientes com Glasgow de 3, que é aquele sem abertura ocular, sem qualquer resposta motora e sem resposta verbal, possibilita, respeitadas as determinações da Resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM nº. 1.480/97, a realização de exame clínico para investigação de ME, cujos critérios estabelecidos para o diagnóstico atualmente aceitos são: (1) causa conhecida do coma; (2) causas do coma que devem ser excluídas durante o exame: hipotermia e uso de drogas depressoras do sistema nervoso central; (3) elementos do exame neurológico: coma aperceptivo, pupilas fixas e arreativas, ausência de reflexo córneo-palpebral, oculocéfálico, respostas às provas calóricas, reflexo de tosse e teste de apneia. Além das duas provas clínicas protocolares e padronizadas em todo território nacional, é obrigatório à realização de um exame complementar que vai caracterizar de forma inequívoca: (1) ausência de atividade eletrofisiológica; ou (2) ausência de atividade metabólica; ou (3) ausência de fluxo sanguíneo cerebral.

Qualquer médico pode realizar os exames neurológicos de ME, sendo que pelo menos um destes deve ser realizado, preferencialmente, por um neurologista ou neurocirurgião. Além dos exames clínicos é necessária a realização de um exame gráfico. Após a confirmação, deve ser feito o registro em impresso próprio, que é padronizado para todo o território nacional – Termo de Declaração de ME, conforme modelo estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

A ME, mesmo sendo aceita como a morte do indivíduo pela comunidade científica mundial, ainda é pouco compreendida pela população que tem dificuldade em reconhecer que uma pessoa que apresenta batimentos cardíacos e está quente possa estar morta. O desconhecimento e a não aceitação dessa condição é compreensível, uma vez que, culturalmente, a morte é definida como a parada de todas as funções do corpo.

O conceito de ME encontra resistência não só na população, mas também, entre os profissionais de saúde que assistem o potencial doador e representa um obstáculo na aceitação da doação dos órgãos por uma boa parte das famílias. Entender e aceitar a ME como morte, por parte de profissionais de saúde e população, é fundamental para o processo de doação.

O valor legal do diagnóstico de morte por critério neurológico (ME) é o mesmo do diagnóstico de morte por critério cardio respiratório. A hora do óbito constante na declaração de óbito – DO do paciente com diagnóstico de ME é a hora que terminou o protocolo

A Entrevista Familiar no Processo de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante é definida como sendo uma reunião entre os familiares do potencial doador e um ou mais profissionais da OPO ou da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgão e Tecidos para

Transplante – CIHDOTT, a fim de obter o consentimento para a doação dos órgãos e tecidos.

Atualmente, a família é quem autoriza a doação dos órgãos e tecidos para transplante. A Lei nº. 10.211, publicada em 23 de março de 2001, definiu o consentimento informado como forma de manifestação à doação.

A entrevista familiar é um dos momentos mais delicados, no processo de doação e transplante, solicitar a doação dos órgãos a um familiar que acabou de perder um ente querido é um ato difícil e requer preparo por parte do entrevistador. A entrevista deve ser realizada em um local apropriado, longe da presença do doador, com todo o conforto possível, onde a família se sinta segura e acolhida. É, também, uma das etapas de maior complexidade no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, envolvendo aspectos éticos, legais e emocionais. A entrevista requer preparo por parte do profissional da captação, para elucidar dúvidas, compartilhar sentimentos e viabilizar o processo de doação.

Assim, a família emerge como um elemento central nesse processo, de um lado, ela é vista como o principal entrave à efetivação dos transplantes, de outro, ela é percebida como a vítima em todo o processo, crescendo-se a dor da perda brusca e traumática e o grande estresse que representa a decisão de doar. Para que a família possa tomar uma decisão sobre a doação dos órgãos e tecidos de forma coerente e autônoma, faz-se necessário, além da informação, o esclarecimento de todo o processo de doação e suas implicações.

O consentimento livre e esclarecido é um processo compartilhado, de troca de informações e consenso mútuo, que se amálgama ao trabalho da assistência à saúde e se insere no bojo da relação vincular entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde.

Frequentemente, as pessoas não têm a informação de que precisam para tomar a decisão sobre a doação de órgãos ou não têm a compreensão clara do processo de doação, o que aumenta a chance de recusa por parte dos familiares. É nesse contexto de falta de informação da população em relação à doação de órgãos que a solicitação é realizada. Dessa forma, as informações devem ser passadas de forma clara e objetiva e, em seguida, o entrevistador apresenta a possibilidade da doação dos órgãos para transplante. A família pode se manifestar de imediato, ou pedir um tempo para pensar, ou consultar outras pessoas do convívio do doador.

Quando a família é contrária à doação, os motivos de recusa são apresentados ao profissional; a unidade de internação onde o paciente está localizado é avisada; e a

assistência é descontinuada e, por isso, o corpo liberado para o sepultamento. Caso a família concorde com a doação a CNCDO é comunicada do consentimento e o processo de captação, alocação e transplantes é iniciado.

Após o processo de captação, o corpo do falecido é entregue para família, condignamente recomposto (Lei nº. 9.434/97). O profissional da OPO ou CIHDOTT deve respeitar esse compromisso com rigor. Além disso, são dadas todas as orientações necessárias sobre a liberação do corpo do falecido nos serviços de Liberação Policial, Instituto Médico Legal (morte violenta) e Serviço de Verificação de Óbito (óbito de causa bem definida).

2.5 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A CONFORMAÇÃO DA GARANTIA DO ACESSO AO TRANSPLANTE

A política pública que estabelece o atual sistema de saúde brasileiro: o SUS emergiu de um contexto sociopolítico do país caracterizado por um lado, pela necessidade de resgate da cidadania e, por outro, por um conjunto de anseios gerados no interior do movimento brasileiro de reforma sanitária.

Esse movimento identificava a necessidade da criação de um sistema nacional de saúde que contemplasse em sua proposta o acesso universal aos serviços, a integralidade da atenção à saúde, a racionalidade na utilização dos recursos, a reordenação do modelo de atenção e a descentralização da gestão. (DOMÍNGUES & MARINS apud CAMPOS, 2010, pág. 109).

Esses anseios apesar de serem contra-hegemônicos diante do panorama neoliberal que se estabeleceu no fim da década de 80 no mundo, encontrou ressonância e se consolidou na atual Constituição Brasileira. As idéias ganharam corpo dentro do processo de reforma do Estado por meio do Art. 196 da Constituição Federal de 1988, que determinava que a saúde fosse direito de todos e dever do Estado.

Com a Constituição de 1988, o direito a saúde foi elevado à categoria de direito público subjetivo, no reconhecimento de que o sujeito é detentor do direito e o Estado é seu devedor, além, obviamente, da responsabilidade do sujeito, que também deve cuidar da própria saúde e contribuir para a saúde coletiva. (SANTOS et alli, 2009).

O direito a saúde foi efetivado legalmente com a criação de um novo sistema de saúde por meio das leis 8.080/90 e 8.142/90, que ratificaram a questão da saúde como pauta central na agenda política nacional.

As leis posteriores à Constituição, as 8080 e 8142 ambas de 1990, definiram ordenamentos institucionais que junto, às Normas Operacionais Básicas nos anos subseqüentes, complementaram a letra constitucional e moldaram o processo de implantação da política. (LIMA et al, 2008, pág. 16)

Ao longo de 20 anos em um contexto desafiador à manutenção e ao desenvolvimento do Estado de bem estar, a implantação do SUS tem enfrentado vários obstáculos, mas também alcançado êxitos significativos, representados pela melhoria dos indicadores de saúde do país, pela expansão da oferta de serviços e pelo expressivo número de atividades desenvolvidas.

Entretanto, o SUS real está longe do SUS Constitucional, ao completar 20 anos de existência e ter alcançado vários avanços, há uma enorme distancia entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente. Observa-se a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, a dificuldade em desenvolver ações baseadas na integralidade, os conflitos para alcançar a equidade no financiamento, os avanços e recuos do controle social, dentre outros problemas.

A heterogeneidade do acesso e baixa qualidade nos serviços prestados se mantêm persistentes, apresentando dimensões variadas e assimétricas em distintas regiões do país. Apesar da grande expansão da rede de atenção primária, há deficiência no acolhimento dos usuários, ausência de leitos e baixo grau de resolução dos serviços dentro de uma perspectiva de integralidade. Domíngues e Marins, 2002, pág. 113).

Apesar do caráter universalista, gratuito e descentralizado do SUS e da inclusão de segmentos expressivos da população que antes de 1988 não tinham acesso a nenhum tipo de assistência em saúde, ainda observamos no país baixas taxas de cobertura verificadas principalmente nas grandes metrópoles e nas regiões norte e nordeste do país.

Outro exemplo relacionado ao acesso ao sistema é o programa da AIDS, que representa o sinônimo de Universalidade no Brasil e que serve como exemplo para vários países do mundo. O programa convive com avaliações negativas sobre o acesso, a falta de medicamentos e as condições indignas do atendimento efetuadas pela rede de serviços de saúde .

No caso dos transplantes, apesar do razoável padrão de eficiência e qualidade dos serviços públicos prestados, há desigualdade na qualidade de outros serviços de saúde igualmente relevantes, como as ações de baixa e média complexidade.

De acordo com Gomes (2007, pág. 83):

O SUS produz um contexto de ineficiência em que a parcela mais pobre da população sofre restrição de acesso a serviços de saúde de qualidade na atenção primária. A dificuldade de acesso a uma rede primária ampla e a baixa resolutividade das ações prestadas por esses serviços, dificultam a realização da prevenção e a redução da incidência de doenças que após complicações clínicas, demandam pela realização de transplantes. É o caso da diabetes, das infecções urinárias, da hipertensão arterial, que se não forem devidamente tratadas podem levar a insuficiência renal.

Esse modelo de saúde que combina universalidade para os serviços de alta complexidade e seletividade para os serviços de baixa e média complexidade tende a manter uma estrutura de desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Segundo Bravo (2009, pág. 25), a ambiguidade do sistema se traduz nos confrontos permanentes entre os atores que conquistaram a inclusão da universalidade e a integralidade na Norma Constitucional, e aqueles que preconizam a limitação desses direitos e defendem a estabilidade macroeconômica do país, mesmo à custa da limitação do financiamento e da focalização de uma política que a Constituição Federal estabeleceu como universal.

Na realidade o SUS foi gestado na lógica do Estado de bem estar social, mas, em larga medida, tem se desenvolvido através de ações focalizadas para atender às populações vulneráveis através de um pacote básico de saúde. O que se tem observado é o estímulo dos governos para a ampliação da privatização dos serviços de saúde do incentivo ao seguro privado.

Domínguez & Marins (2010) defendem que para o projeto do SUS se efetive e haja a superação do paradoxo entre o discurso politicamente correto e o real pensamento que tem definido as políticas públicas, é necessário que o SUS seja entendido como premissa de um Estado legitimado, que é reconhecido pela confiabilidade de suas instituições e pelo respeito à Constituição formulada a partir das aspirações coletivas.

O programa de transplantes é frequentemente citado como um dos programas que mais se aproximam dos princípios fundamentais desse sistema: a universalidade e a integralidade. Entretanto, o programa de transplantes não se encontra isolado do contexto da política de saúde e muito menos do contexto da política social do Estado. Além das dificuldades decorrentes da crescente demanda da população por órgãos para transplantes, persistem problemas estruturais no sistema público de saúde.

2.5.1 BRASIL: A EXPERIÊNCIA DE UM PROGRAMA DE TRANSPLANTES PÚBLICO

O MS implantou o Sistema Brasileiro de Transplantes no final da década de 1990 através da lei nº. 9.434/97, com a finalidade de desenvolver o processo de captação e distribuição de órgãos e tecidos para procedimentos terapêuticos. As diretrizes da Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos têm como bases a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos.

A Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos estabelece garantias e direitos aos pacientes que necessitam desses procedimentos e regula toda a rede assistencial por meio de autorizações de funcionamento de equipes e instituições. Toda a Política de Transplantes está em sintonia com as Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90.

A estrutura administrativa do SNT era composta pela Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNNCDO, pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO, pelas OPOS, pelas Organizações de Procura de Córneas – OPOC, pelas Comissões Intra Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT. Entretanto, em 2010, o SNT através da Portaria 2.600/2010, sofreu modificações em sua estrutura administrativa.

Esta portaria disciplinou os procedimentos técnicos estabelecidos pelo SNT trouxe mudanças na estrutura administrativa e no funcionamento do SNT. Dentre as principais mudanças destacam-se: a criação da Coordenação Geral do SNT – CGSNTT; a criação do Grupo de Assessoramento Estratégica – GAE; e a criação das Câmaras Técnicas Nacionais – CTN, que em parceria com as CNCDO, OPOS, Organização de Procura de Córneas – OPC e CIHDOTT deverão promover os transplantes no Brasil.

Para o MS (2011), o Brasil possui um dos maiores programas público de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. Com 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas a realizar transplantes, estando presente em 25 Estados do país, por meio das Centrais Estaduais de Transplantes.

O avanço do número de transplantes acompanha a evolução dos recursos investidos no setor, segundo o TCU, em 1995 foram gastos R\$ 83.632. 214, em 2000 R\$ 169,5 milhões, em 2004 já eram R\$ 402.936.932 milhões. Em 2009, os gastos com transplantes no Brasil chegaram a R\$ 990,51 milhões.

De acordo com o MS (2011), o SUS financia 95% de todos os procedimentos relativos aos transplantes, desde os exames para inclusão em lista de espera até o acompanhamento pós-transplante. Ele fornece também toda a medicação

imunossupressora, necessária por toda a vida dos pacientes que se submetem aos procedimentos.

A Tabela 1 apresenta a evolução do número absoluto de transplantes de órgãos realizados entre 2000 e 2010. Em 10 anos observou-se uma tendência de crescimento progressivo no número geral de transplantes, com um aumento de 59% de transplantes renais e 191% de aumento dos transplantes hepáticos.

Entretanto, os transplantes de pâncreas tiveram uma queda de 52% quando comparados aos anos de 2004 e 2010. Para os demais transplantes a tendência foi o crescimento até 2007 e estabilidade posterior.

Tabela 1 - Evolução do número absoluto de transplantes de órgãos realizados no Brasil de 2000 a 2010.

Órgãos	Ano										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Coração	121	131	150	174	203	181	148	159	200	201	166
Fígado	485	564	671	816	959	949	1037	1007	1176	1334	1413
Intestino	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
Pâncreas	46	119	192	217	255	177	187	165	174	160	133
Pulmão	25	23	34	42	46	45	49	46	53	59	60
Rim	2913	3115	3045	3184	3484	3359	3278	3460	3814	4288	4630
Total	3591	3952	4092	4433	4948	4712	4700	4837	5417	6042	6402

Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos 2010.

De acordo com a ABTO a ampliação do número de unidades de saúde habilitadas para a realização de transplantes em 10 anos contribuiu para a melhora das estatísticas. Em 1999, eram 140 unidades autorizadas a realizar transplantes, em 2009, esse número saltou para 532 unidades habilitadas.

Segundo a ABTO (2011), no ano de 2011 o Brasil realizou 47.108 transplantes de órgãos e tecidos. Dos quais 6.839 foram transplantes de órgãos sólidos conforme demonstra a Tabela 2.

Tabela 02 - Frequência de transplantes de órgãos realizados no Brasil, por tipo de órgãos e tipo de doador, em 2011.

TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS REALIZADOS				
Órgãos	Vivo	Falecido	Total	%
Corção	0	160	160	2%
Fgado	104	1.388	1.492	22%
Intestino	0	0	0	0%
Pâncreas/Rim	0	129	129	2%
Pâncreas isolado	0	52	52	1%
Pulmão	1	48	49	1%
Rim	1.643	3.314	4.957	72%
Total	1.748	5.091	6.839	100%

Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos 2011.

O Brasil em 2011 realizou 38.532 transplantes de células e tecidos, dos quais 14.696 foram de córneas, 23.815 foram de ossos e 21 transplantes de pele.

Tabela 03 - Frequência de transplantes de tecidos realizados no Brasil, em 2011.

Tecidos	Total	%
Córnea	14.696	38%
Ossos	23.815	62%
Pele	21	0%
Total	38.532	100%

Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos 2011.

Com relação ao transplante de células o país realizou 1.029 transplantes autólogos e 708 transplantes alogênicos de medula óssea.

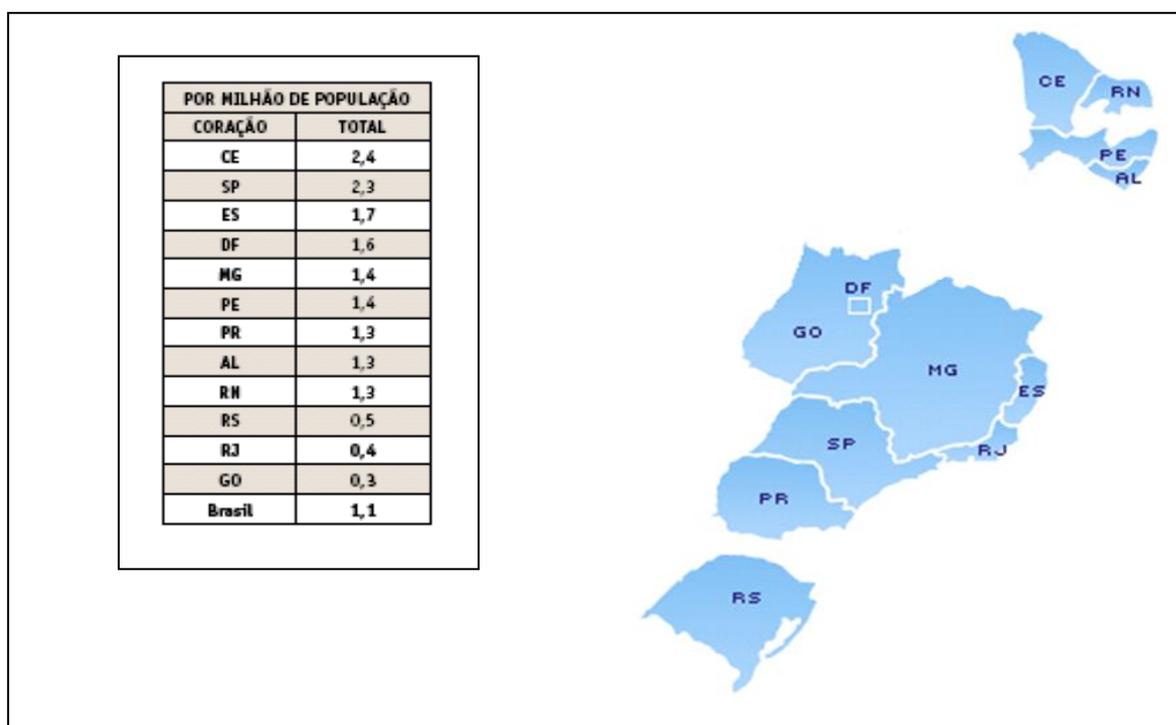
2.5.2 O DESAFIO DA EQUIDADE NO ACESSO AOS TRANSPLANTES

Apesar da estrutura existente e dos avanços do Programa de Transplantes no Brasil, percebe-se a desigualdade no acesso aos transplantes entre Estados e Regiões do Brasil. Um exemplo claro dessa questão diz respeito a estados populosos com baixa taxa de doação, como Minas Gerais (9,8 doadores pmp), Rio de Janeiro (7,6 doadores pmp) e Bahia (4,9 doadores pmp), que juntos têm 25% da população e não conseguem acompanhar a média nacional de doações e transplantes.

Verifica-se ainda uma grande concentração de transplantes na região sudeste, especificamente na cidade de São Paulo, isto se explica pelo grande número de equipes e hospitais transplantadores no estado. Essas questões aliadas implicam no acesso desigual aos transplantes entres os pacientes que residem em os diversos Estados da Federação.

De acordo com a ABTO/2010, o Brasil possui 34 equipes habilitadas para realizar transplantes de coração, entretanto, como demonstrado na Figura 3, apenas 12 Estados brasileiros realizam esse procedimento. Das equipes habilitadas 13 encontra-se no Estado de São Paulo.

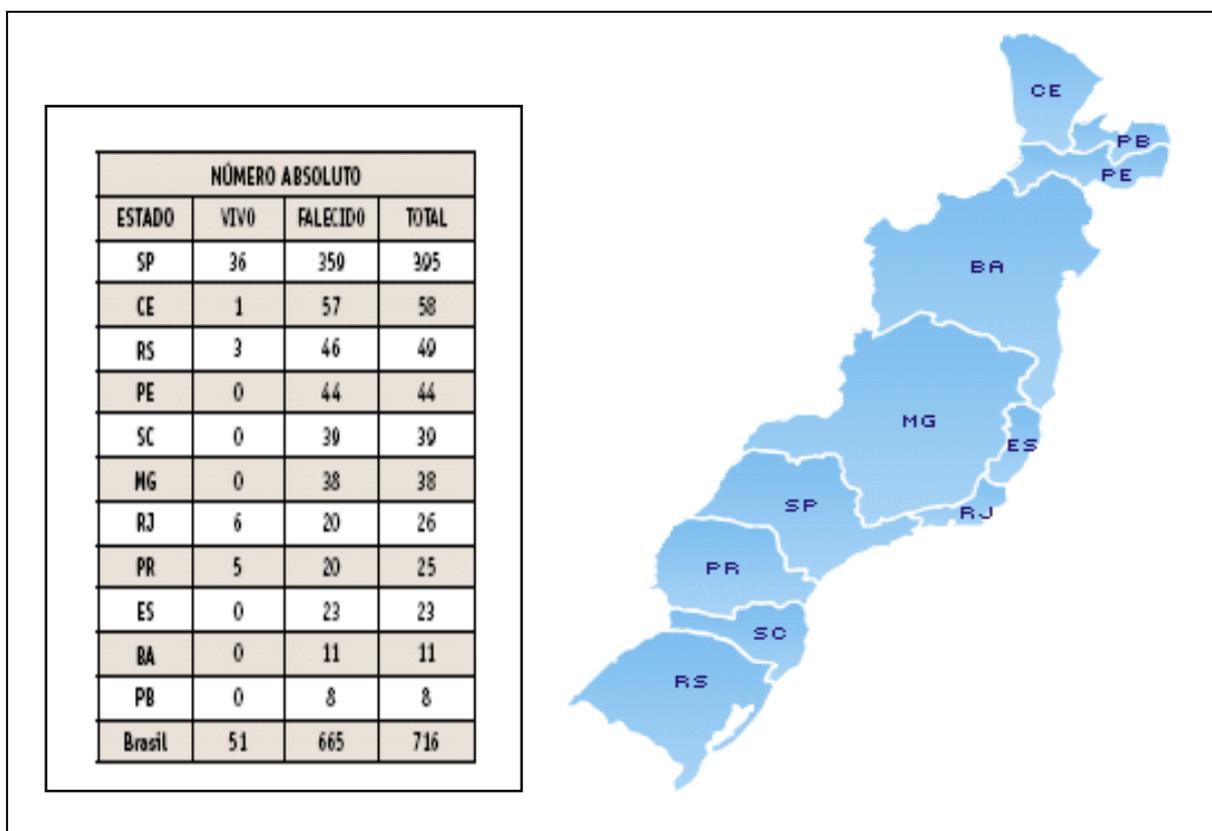
Figura 3 – Representação do Brasil de acordo com os Estados da Federação que realizaram transplante de Coração no ano



Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos 2010.

Os transplantes de fígado também tem encontrado desafios para se implementar no Brasil. Como demonstrado na Figura 4, apenas 11 Estados da federação realizam transplantes de fígado. Vale salientar que nenhum Estado da região Norte e da região Centro Oeste realizam este tipo de procedimento.

Figura 4 - Representação do Brasil de acordo com os estados da federação que realizaram transplante de Fígado no ano de 2010



Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos 2010.

Gomes (2007) aborda que o SUS, enquanto componente da estrutura social básica da sociedade, não deve funcionar permitindo a reprodução de desigualdades. A distribuição geográfica dos centros transplantadores e das centrais de transplantes não pode restringir as oportunidades dos brasileiros na obtenção de um bem, no caso à saúde, que é fundamental para o exercício da livre cidadania. Os critérios de alocação de órgãos devem ser considerados a luz do contexto do sistema de saúde e da capacidade efetiva dos indivíduos terem acesso aos transplantes de órgãos (SEN, 2006).

Para a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO (2000) duas dimensões de equidade devem ser consideradas: as das condições de vida e saúde da população e as do acesso e consumo de serviços de saúde. A diferenciação se faz necessária porque estudos demonstram que a utilização de serviços de saúde não é um determinante para a manutenção da saúde. Outras variáveis precisam ser observadas como o estilo de vida, a herança biológica, o perfil epidemiológico, dentre outros (ABRASCO, 2000).

A consideração de dimensões de equidade, não apenas na área de prestação de serviços de saúde, amplia o alcance do conceito, permitindo considerar as interações da política setorial da saúde com o contexto econômico, social e político em que esta inserida. (GOMES, 2007, pag., 56).

A adoção de um conceito restrito de equidade em transplantes poderia indicar uma focalização em medidas que dissessem respeito apenas ao aumento da eficiência na captação de órgãos e na realização de transplantes, que são necessárias, mas não são suficientes para que se alcance a equidade.

O conceito de equidade em transplantes pressupõe ações sistêmicas voltadas para políticas sociais que visem à prevenção e controle de doenças que demandam a realização de transplantes. A equidade em transplantes não pode ser discutida apenas no contexto da alta complexidade, ela precisa ser gestada, discutida e promovida em todos os níveis de atenção.

2.5.3 A LISTA DE ESPERA

A demanda crescente por órgãos em relação à oferta é um fenômeno mundial que reflete no aumento constante das filas de espera para realização de transplantes. Os programas de transplantes enfrentam grandes desafios. Um dos mais importantes é promover o aumento de doações de órgãos e distribuí-los da maneira mais eficiente e justa possível.

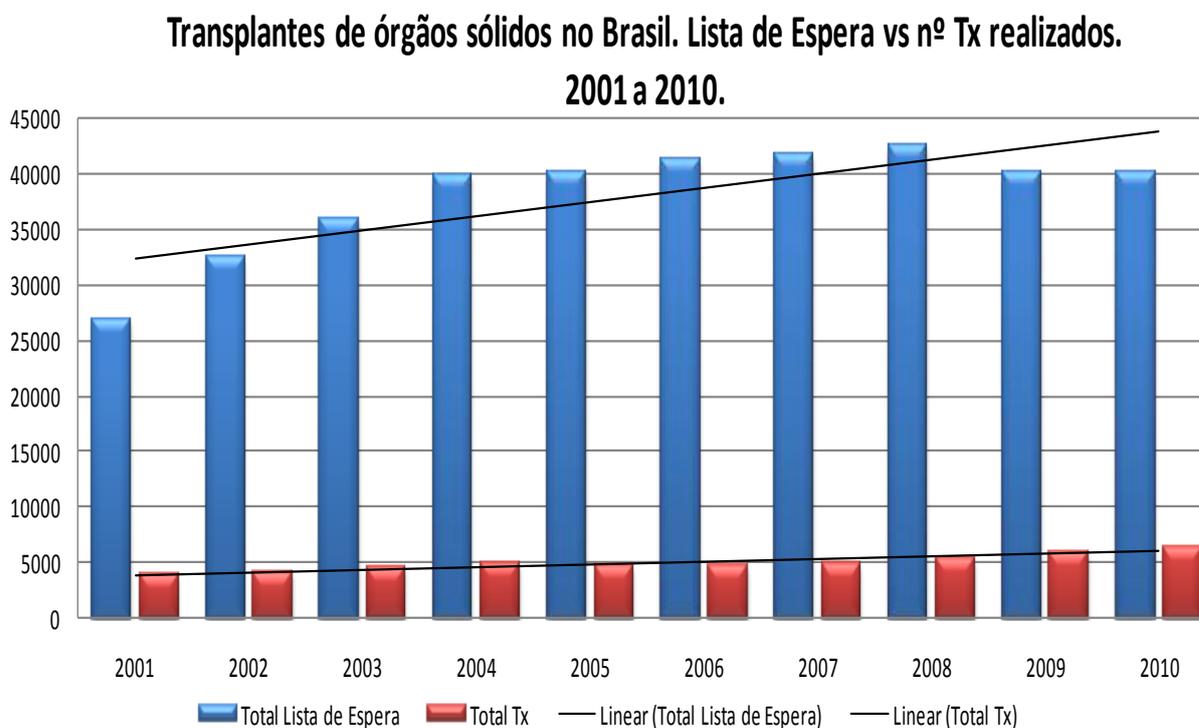
A alocação de órgãos deve ser realizada de acordo com critérios legais, acordados previamente pela sociedade que definam como e a quem dever ser destinados os órgãos.

De acordo com Gomes (2007, pág. 11):

Nas sociedades democráticas, os critérios de distribuição de órgãos visam conferir justiça e equidade a esse procedimento, particularmente quando se considera o contexto de desigualdade social e econômica. Esse contexto pode influir decisivamente nas oportunidades de os cidadãos obterem acesso a órgãos para transplante.

Além dos desafios referentes à crescente demanda da população por órgãos e pela distribuição equânime dos órgãos, outros desafios são postos para o Programa de Transplantes no Brasil. O principal desafio está relacionado às dificuldades estruturais do sistema público de saúde. Estes se refletem dentro do programa de transplantes e podem ser exemplificados por mais de 40.000 pessoas que aguardavam por um transplante em 2010. (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Representação da Lista de espera X Transplantes realizados no Brasil no período de 2001 a 2010



Fonte: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos 2010.

De acordo com Marinho (2006) não existem dados globais disponíveis sobre os prazos de espera, nem informações precisas das relações destes com variáveis relevantes no SUS. Nesse sentido, o autor realizou um estudo sobre as filas para transplantes no SUS, aplicando o Markovian/Markovian single model (baseado no uso dos intervalos de tempo decorrido entre as chegadas dos inscritos e a realização dos procedimentos) para calcular os tempos de espera, utilizando os dados relativos ao tamanho das filas observadas em

2004 e o número de transplantes realizados em 2003. O resultado do estudo demonstrou que o tempo de espera é elevado para todos os tipos de órgãos, variando de 1,6 anos para coração, 8,8 anos para fígado e até 11 anos para rim.

Cullins et al. apud Marinho (2006), ressalta que as filas são um resultado dos descompassos entre a demanda e a oferta, e que a demora no atendimento exerce impactos significativos sobre o bem estar; as probabilidades de cura; nos familiares envolvidos e na sociedade.

As incertezas da imprevisibilidade da realização de um transplante impedem o planejamento das vidas do paciente e dos seus familiares, da atuação do sistema de saúde e do funcionamento do sistema produtivo.

A fila de transplantes no SUS para cada órgão ou tecidos é única, e o atendimento é por ordem de chegada, considerando os critérios técnicos, de urgência e geográficos específicos para cada órgão, de acordo com a Portaria nº. 91/GM/MS, de 23 de janeiro de 2001. A fila é disciplinada pela Portaria nº. 3.407/GM/MS de 05 de agosto de 1998.

Apesar dos critérios, existem vários fatores que associados limitam a expansão do número de transplantes no SUS. O principal deles está relacionado aos problemas do processo de doação e captação de órgãos, que é extremamente complexo e envolve várias etapas, que vão desde a detecção do potencial doador até a realização do transplante. Segundo a ABTO (2010) existem no país mais de 70 possíveis doadores pmp/ano; entretanto, apenas 50% dos possíveis doadores são identificados, destes apenas 10% se tornam efetivos doadores de órgãos.

O Processo de inscrição na fila de transplantes, de acordo com o SNT (2006), é gerenciado pelas Centrais de Transplantes e atuam de acordo com o seguinte processo:

- 1) O receptor preenche uma ficha e faz exames para determinar suas características sanguíneas, da estatura física e antigênica;
- 2) Os dados são organizados em um programa de computador. A ordem cronológica é usada principalmente como critério de desempate;
- 3) Quando aparece um órgão, ele é submetido a exames e os resultados são enviados para o computador;
- 4) O programa faz o cruzamento entre os dados de doador e receptor e apresenta dez opções mais compatíveis com o órgão;
- 5) Os dez pacientes não são identificados pelo nome para evitar favorecimento. Só suas iniciais e números são mostrados. Nessa etapa, todos os profissionais da Central têm acesso ao cadastro;

- 6) O laboratório refaz vários exames e realiza outros novos com material armazenado desse receptor. Nesse momento, o receptor ainda não é comunicado;
- 7) A nova bateria de exames aponta o receptor mais compatível. Nessa etapa, o acesso ao cadastro fica restrito à chefia da Central;
- 8) O médico do receptor é contactado para responder sobre o estado de saúde de seu paciente. Se ele estiver em boas condições, é o candidato a receber o novo órgão. Se não, o processo recomeça;
- 9) O receptor é contactado e decide se deseja o transplante e em que hospital fará a cirurgia.

Os estudos de Marinho (2006) sobre as filas de espera para transplantes trazem algumas questões a serem discutidas. A primeira está relacionada com as estratégias para a diminuição das filas. Segundo ele, a resposta está na melhoria do atendimento no SUS, pois esta pode aumentar a predisposição geral para a doação de órgãos e, conseqüentemente, diminuir as filas. Para isso o investimento em ações preventivas no âmbito da atenção básica e do programa de saúde da família, com a prevenção e controle de doenças crônicas, poderiam ter efeitos redutores significativos na demanda por transplantes.

Esta visão de Marinho traz a percepção de que o SUS é sistêmico e que suas ações não podem ser pensadas, isoladas do contexto geral da sociedade e que as condições de saúde de uma população é resultado imediato de suas condições de vida. É preciso garantir o acesso à saúde integral e irrestrita a todos os brasileiros e em todos os níveis de atenção.

Outra questão apontada por Marinho está relacionada à administração das filas que precisa ser analisada a partir da divulgação dos indicadores de resultados tais como: as taxas de mortalidade nas filas, nos pós-transplantes, e na distribuição espacial de indicadores.

Nesse ínterim, a produção e publicação detalhada e sistemática sobre os dados dos transplantes no país são mecanismos que podem oportunizar as sociedades brasileira e científica a compreensão, a valorização e o aprimoramento do sistema.

2.5.4 AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE TRANSPLANTES

O TCU (2006) realizou uma auditoria operacional para avaliar o programa de doação e captação e transplantes de órgãos e tecidos. O relatório dessa auditoria foi apresentado por meio do Acórdão nº. 562, de 19 de abril de 2006.

O relatório utilizou dados referentes ao período compreendido entre os anos 2004 e 2005, identificando três eixos de questionamento: o processo de gerenciamento operacional do SNT; a qualidade e a atualização dos procedimentos técnicos adotados pelas equipes de saúde com relação ao transplante de órgãos e a equidade no atendimento do público alvo.

Com relação ao processo de gerenciamento o TCU concluiu que os sistemas informatizados em uso no SNT e as rotinas previstas para sua utilização não são seguros contra fraudes nem permitem o acompanhamento das alterações realizadas, recomendando o desenvolvimento de um plano de tecnologia da informação e elaboração de um manual de procedimentos para operação e o controle dos sistemas.

Com relação à equidade no acesso ao transplante, o referido órgão concluiu que o acesso aos transplantes não tem sido equitativo e que não foram identificados mecanismos eficientes para diminuir as dificuldades, que incidem principalmente sobre a população que reside distante dos centros transplantadores. Outra questão citada sobre a equidade diz respeito ao sistema de lista única nacional, segundo o TCU os diversos sistemas informatizados em uso pelas CNCDOS não se comunicam simultaneamente, dificultando a consolidação de dados em nível central, inviabilizando a produção de informações gerenciais que subsidiem a tomada de decisões (TCU, 2006). Verificou-se ainda, grande heterogeneidade na distribuição das equipes transplantadoras pelos Estados brasileiros, que estariam concentradas no sudeste, além de dificuldades dos pacientes para fazer os exames pelo SUS e suspensão de serviços públicos de transplantes por falta de recursos materiais nos hospitais.

Diante desse contexto, o relatório identifica o acesso desigual aos transplantes entre os residentes dos diversos Estados da Federação, pelas capacidades diferenciadas dos serviços de saúde local, e entre os que têm acesso a serviços privados de saúde e aqueles que dependem do SUS para realização de exames laboratoriais referentes aos pré-transplantes.

Dentre as ações recomendadas pelo TCU, estão: a realização de uma auditoria pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS, com o objetivo de comprovar a ocorrência de desrespeito à lista única; a instituição de comunicação às pessoas em lista de espera sobre as alterações de seu status, com justificativa sobre alterações na ordem da

lista; o monitoramento da realização de exames laboratoriais e elaboração de regulamentação sobre alegações apresentadas pelas equipes médicas transplantadoras que possam ser admitidas como justificativa para recusa da realização da cirurgia, no momento em que um órgão é ofertado (TCU, 2006).

O II Fórum de Transplantes realizado em 2007 pelo Conselho Federal de Medicina detectou vários problemas já citados pela investigação oficial do TCU, mas trouxe outras contribuições para a avaliação. As principais questões apontadas no Fórum dizem respeito às desigualdades entre os Estados brasileiros, tais como os critérios pelos quais as equipes transplantadoras aceitam ou não os órgãos captados; a diferença nos critérios de admissão e na fila de espera para transplantes, grandes variações de preços de medicamentos imunossupressores adquiridos, distribuição geográfica inadequada de centros transplantadores e existência de centros inoperantes.

O Fórum constatou a necessidade de implementação efetiva de uma política para o setor de transplantes, que esclareça atribuições dos componentes do sistema; respeite os princípios de regionalização e descentralização do SUS; seja adequadamente financiada; tenha o suporte de análises baseadas em evidências; e ofereça metas claras para os integrantes do SNT (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

Marinho (2006) ao analisar o complexo programa de transplantes de órgãos brasileiro, especificamente sobre as informações ligadas à logística do gerenciamento das filas de espera para transplante, fez algumas recomendações ao sistema. Apesar de este autor reconhecer a posição excepcional ocupada pelo Brasil, no que se refere aos transplantes de órgãos, ele ressaltou a carência de dados oficiais, em contraste com os EUA, onde os dados são atualizados permanentemente na internet. Marinho recomendou ainda, que seja elaborada uma produção e publicação detalhada por segmentação de dados por gênero, faixa etária, gravidade dos casos, a fim de que a comunidade científica possa entender, valorizar e aprimorar o SNT.

2.5.5 A CRISE DE SAÚDE NA BAHIA E AS INTERFACES COM A POLÍTICA LOCAL DE TRANSPLANTES

O Estado da Bahia ocupa a 6ª posição, do Produto Interno Bruto – PIB com a participação na economia de 4,07% do país, por isso é o sexto Estado mais rico do Brasil. No entanto, no que se refere ao Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, o Estado ocupa

a 12^o posição em longevidade, a 19^a posição com relação a educação e 23^a posição com relação a renda (PNUD, 2005).

O Estado possui uma desigualdade local/regional muito forte, resultado da sua diversificação geográfica e da desigualdade socioeconômica que se manifesta fortemente na sua dimensão social. Grande parte hoje dos problemas existentes na Bahia são resultado do estilo de desenvolvimento implementado no Estado, com crescimento econômico acelerado e concentrador de renda (FONSECA, 2007).

As dimensões continentais e as grandes diferenças sociais da Bahia tornam as dificuldades relacionadas à política de saúde ainda maiores. O processo de sucateamento dos serviços públicos, a desvalorização e falta de investimento no quadro de servidores públicos, acabaram reduzindo a capacidade do Estado em responder às necessidades/direitos dos cidadãos baianos.

De acordo com o DATASUS (2010) a Bahia, apesar de ser o 6^o na economia nacional, é o 22^o em indicadores sociais; tem a maior taxa de incidência de tuberculose; a mais elevada razão de mortalidade materna; e a maior proporção de crianças com baixo peso ao nascer da região Nordeste.

O Estado possui a menor proporção de população coberta por equipes de saúde da família da região Nordeste; é a 2^a pior média de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante do Nordeste; a segunda mais baixa proporção do Nordeste de gestantes com acesso ao acompanhamento pré-natal; a menor razão de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 49 anos de todos os Estados do Nordeste; a segunda pior taxa de diabéticos cadastrados; e a terceira pior taxa de hipertensos cadastrados entre os Estados nordestinos. (IDB,2010)

Dos nove Estados nordestinos, a Bahia ocupa a 6^a posição em número de médicos e de enfermeiros por habitante; é o penúltimo colocado em relação ao número de odontólogos e de auxiliares de enfermagem por habitante; e tem o menor número de técnicos de enfermagem por habitante de todo o Nordeste (RIPSA, 2010). Entretanto, para a compreensão nos desafios que estão postos a Bahia é necessário reconhecer que a situação atual da política de saúde do Estado tem uma origem multifatorial.

O SUS tem como umas de suas diretrizes a descentralização e municipalização da gestão e oferta de serviços saúde. A municipalização tardia da gestão da saúde do Estado acarretou ao governo da Bahia a responsabilidade da gestão direta de 42 unidades hospitalares em todo território baiano. Quase metade destes hospitais são unidades de pequeno porte, possuindo menos de 50 leitos. São unidades de perfil predominantemente

municipal, sob gestão e gerencia do Governo do Estado, fato pouco comum em muitos Estados brasileiros que possuem um maior protagonismo municipal.

A organização de sistemas de saúde centrados nos hospitais não é uma condição somente da Bahia, no entanto, a conjuntura baiana de baixa cobertura da Saúde da Família e a completa ausência de Unidades Ambulatoriais Especializadas em muitos municípios, com conseqüente concentração desta mesma oferta nos hospitais, levam a população a procurar solução de seus problemas de saúde nos hospitais.

A concentração de leitos especializados também reflete na oferta de serviços, quase 90% das ações de alta Complexidade no Estado e 50% da média complexidade são realizadas no município de Salvador(RIPSA, 2010). Assim, além da restrição da oferta, existe uma alta concentração na capital do Estado.

A insuficiência de leitos hospitalares no Estado poderia não produzir tanto impacto na oferta de serviços, se aqueles fossem utilizados no máximo de sua eficiência. Isso porque uma taxa de ocupação mais elevada e uma média de permanência mais baixa potencializam a capacidade existente, podendo atender mais pessoas, mesmo com uma menor oferta de leitos.

A gestão de pessoal é um dos pontos mais críticos da gestão pública da saúde na Bahia, pois apresenta diversos problemas como insuficiência de pessoal; baixa qualificação; política salarial precária; ausência de plano de carreiras que valorize o servidor; deficiência de especialista no interior do Estado; precária política de educação permanente; baixa capacidade de fixação dos profissionais; baixa eficiência; e desperdício de recursos públicos.

Diante desse panorama, a Política de Transplantes no Estado tem encontrado sérios entraves para sua efetivação, resultando nos baixos índices de captação de órgãos e no número insuficiente de transplantes. Em 2010, o Estado permaneceu com uma taxa de doador efetivo em 3,9 pmp/ano, enquanto a taxa nacional foi de 9,9 pmp/ano, segundo o RBT.

A Bahia ocupa o 1º lugar entre os Estados que mais perdem doadores por falta de confirmação de diagnóstico de ME. Segundo a ABTO, em 2011, dos 374 pacientes aptos a doar, 129 não tiveram confirmado o diagnóstico de ME em tempo hábil para a doação. A não confirmação da ME pode ser explicada a partir de vários fatores: a crise do sistema de saúde na Bahia; o déficit de leitos de UTIS; a falta de capacitação no processo de diagnóstico de ME das equipes médicas das unidades de terapia intensiva; a inadequada manutenção hemodinâmica do potencial doador; a falta de estrutura e equipamentos para a validação do diagnóstico; e a demora para a realização dos exames confirmatórios.

De acordo com a Portaria 2600/2010, os hospitais públicos, privados e filantrópicos que tiverem mais de 200 óbitos por ano, deverão constituir formalmente uma Comissão intra Hospitalar de doação de órgãos. Essa comissão deverá ser responsável por organizar todo o processo de doação de órgãos, que inclui a identificação; a manutenção do potencial doador; a agilidade do diagnóstico de ME; a abordagem da família do doador; o contato com CNCDO; o agendamento do procedimento cirúrgico de retirada; e a devolução do corpo a família.

Na Bahia, apesar da determinação da Portaria 2600/2010 e das Portarias anteriores 1.262/2006, 905/2000, as CIHDOTTS não funcionam de acordo com a legislação, visto que não tem condições de desenvolver as ações contidas nos artigos das referidas portarias.

Em sua maioria, os membros das CIHDOTTS não dispõem de carga horária suficiente para o desenvolvimento das ações referentes ao processo de doação, visto que acumulam outras funções dentro de suas unidades de saúde; não dispõem de área física definida; nem equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos; e não dispõem de material e treinamento adequado para o exercício da função. Vale salientar que os hospitais não têm autonomia no diagnóstico de ME, dependendo do suporte técnico da CNCDO para a validação do protocolo desta

Um ponto importante a ser destacado é que as unidades de saúde privadas e filantrópicas, que tem CIHDOTT e são unidades transplantadoras, não desenvolvem um programa de doação de órgãos em consonância com a política nacional de transplantes; não disponibiliza recursos humanos e materiais necessários para estabelecer uma cultura de doação em suas unidades, resultando em números ínfimos de doação de órgãos e tecidos os quais na sua maioria são doados e transplantados na rede complementar de saúde. Dos hospitais públicos que mais realizam doações, encontram-se: o Hospital Geral do Estado; Hospital Geral Roberto Santos; Hospital de Vitória da Conquista; e Hospital Cleriston Andrade, em Feira de Santana.

Os Hospitais: Português, Espanhol e São Rafael, que são unidades privadas de caráter filantrópico, concentram seis equipes de transplantes (05 de rins e 01 de fígado). O único hospital público que realiza transplantes é o Hospital Ana Néry, que iniciou suas atividades em 2009, em caráter experimental e continua realizando transplantes no Estado.

Outro dado que cabe ser ressaltado, é o fato das equipes transplantadoras que existem no Estado terem restrições em relação a doadores limítrofes, os quais cujos órgãos apresentem algum tipo de problema. Mas, como entender que um órgão que é recusado pelas equipes transplantadoras da Bahia, pode ser aceito por equipes transplantadoras de outros Estados?

Conforme Lyrio (2008), os pacientes que recebem um órgão limítrofe poderão ou não desenvolver a doença, e as equipes transplantadoras deverá tratá-la na medida em que ela se apresente, pois são co-responsáveis pelo acompanhamento do paciente por toda a vida. Esse acompanhamento exige um Sistema de Saúde eficaz, capaz de absorver esses pacientes em sua estrutura, pois envolve vários campos como ginecologia, cardiologia, oncologia, dentre outros.

Além de todas as questões apresentadas, recusa familiar para doação de órgãos soma-se ao panorama da política de transplantes no Estado, repercutindo diretamente nas taxas de transplantes. Esta, em todo o mundo e especialmente no Brasil, contribui para que o número de doadores seja insuficiente para atender à demanda crescente de receptores em lista de espera e, dessa forma, vem sendo apontada como um dos fatores responsáveis pela escassez de órgãos e tecidos para transplante .

Na Bahia, essa realidade é mais grave ainda. No ano de 2011, a recusa familiar para doação de órgãos foi de 64% (ABTO,2011). Vale salientar, que os motivos da recusa familiar são multifatoriais e estar ligados a qualidade da assistência prestada ao paciente; ao processo de comunicação durante o protocolo; a falta de informação; a entrevista familiar; dentre outros.

Diante dos fatos apresentados, podemos inferir que o processo da doação-transplante é amplo e não começa apenas na unidade hospitalar. Ele se inicia em todos os serviços de saúde, pois qualquer usuário do SUS pode se tornar um doador ou receptor de um órgão. Nesse sentido, o sistema de saúde deve priorizar todos os seus níveis de atenção, viabilizando cuidados e informações adequadas. Por isso convém afirmar que a mudança dos indicadores dos transplantes, está condicionada a mudança dos indicadores de saúde no Estado.

Nesse sentido, enquanto houver precariedade dos serviços de saúde na Bahia, desqualificação do cuidado, desumanização das ações em saúde, falta de qualificação de profissionais e ações de educação em saúde ineficientes, a política de transplantes terá dificuldades em se efetivar ocasionando um baixo número de transplantes.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA: ACERCANDO O OBJETO DE ESTUDO

Neste capítulo apresento a trajetória metodológica desta pesquisa, no que se refere à descrição do local da pesquisa e da população do estudo e à descrição da forma como foi realizada a coleta e análise dos dados.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: UM ESTUDO DE CASO

De acordo com Carmo (1996), o Método de Estudo de Caso surgiu em Havard em 1870, com o objetivo de introduzir modificações nos padrões de ensino adotados até então, a fim de que novas formas de aprendizagem fossem experimentadas, como também fazer com que a lacuna teórica prática fosse amenizada.

A crença que existia implicitamente era a de que, na medida em que o aluno estudasse casos concretos sua experiência no mundo real dos negócios seria substancialmente aumentada, diminuindo assim a defasagem a sua experiência e a sua bagagem teórica.

Na contemporaneidade, o Método do Estudo de Caso enquadra-se como uma abordagem qualitativa e é frequentemente utilizado para coleta de dados na área de estudos organizacionais.

Para viabilizar esse trabalho foi realizado um estudo exploratório descritivo, através de um estudo de caso, uma vez que esta tipologia metodológica tem por finalidade "proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito" (GIL, 2010, p.45).

Quando se fala em estudo de caso vem logo à mente a idéia do uso de casos como tentativa de reprodução da realidade para o ensino, o que é chamado de método de caso. Neste trabalho, o estudo de caso é utilizado como um método de pesquisa empírica. O estudo de caso em pesquisa tem sido apresentado de várias formas, porém, a definição de Yin (2010) parece ser a mais adequada:

O estudo de casos é uma forma de se fazer pesquisa social empírica ao se investigar um fenômeno atual dentro de seu contexto de vida real, onde as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e na situação em que múltiplas fontes de evidência são usadas.

O estudo de caso foi escolhido como método dessa pesquisa, porque permite que o pesquisador observe, entenda, analise e descreva a realidade, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis frente a outras situações.

O estudo de caso é um método de investigação no qual o pesquisador tem um grande envolvimento e que inclui como etapas, a coleta de informações, um processo de pensamento, constituído por análise dos dados e determinação de soluções, e um processo de julgamento ou avaliação.

Concordando então com Martins (2008), quando ele afirma que neste tipo de pesquisa, o pesquisador é o "instrumento principal do processo e os investigadores interessam-se mais pelo processo do que pelos resultados, examinam os dados e privilegiam o significado". Nesse sentido, o método de estudo de caso permitiu discutir o objeto de investigação que é o processo de doação de órgãos no Hospital Geral Roberto Santos. O trabalho é de cunho qualitativo e quantitativo, por entender que além de permitir a identificação dos dados estatísticos, possibilitará a análise.

De acordo com Minayo (2008), os estudos qualitativos e quantitativos em lugar de se oporem, quando feitos em conjuntos, promovem uma construção mais elaborada e completa da realidade, ensejando o desenvolvimento de teorias e de novas técnicas cooperativas.

A análise documental é importante no âmbito da pesquisa qualitativa, não só porque os documentos são meios de fácil acesso e de baixo custo, mas principalmente pela informação que proporcionam. Nesse trabalho foram utilizados dois grupos de documentos. O primeiro grupo foi constituído por documentos de origem interna, produzidos pela CIHDOTT tais como relatórios, formulário de busca ativa, fichas de registros, livros de ocorrências, livros de registro de óbito e o censo de óbitos do HGRS, que permitiram complementar a contextualização.

O segundo grupo de documentos foi de origem externa e tinham um caráter avaliativo, tais como: legislação existente, relatório da Associação Brasileira de Transplantes, que permitiram enquadrar os aspectos legais e normativos acerca da CIHDOTT e dos instrumentos de regulamentação.

Nesta pesquisa, o método utilizado para obtenção de dados primários foi à observação participante. Conforme Gil (2010, p.57) é um tipo de observação na qual existe a real participação do observador na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. Os dados secundários foram provenientes dos relatórios dos anexos I, II, III da Portaria nº 1262/2006 do Ministério da Saúde (ANEXOS D, E, F, G), dos relatórios mensais, semestrais e anuais da CIHDOTT/HGRS, dos livros de registro da CIHDOTT e do

censo de óbitos do HGRS.

Para além da análise documental, e obtenção de dados primários e secundários foram realizadas entrevistas com dois grupos de sujeitos, o primeiro grupo foi formado por 08 membros da CIHDOTT/HGRS e o segundo grupo foi formado por 08 profissionais de saúde das áreas de medicina, enfermagem, serviço social e fisioterapia da UTI adulto do HGRS.

A entrevista é o principal instrumento de coleta de dados e o mais frequentemente utilizado em estudos de caso. O objetivo das entrevistas junto aos membros da comissão foi o de compreender o que os membros da CIHDOTT pensam sobre o processo de doação dentro do HGRS. Com relação aos profissionais de terapia intensiva o objetivo das entrevistas foi a de entender como se estabelece a relação da CIHDOTT no processo de doação, identificando sua importância e/ou limitações. Os roteiros das entrevistas encontram-se nos apêndices F e G.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

O HGRS é uma unidade de saúde de administração direta, integrante da rede própria da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, cadastrado no CNES sob número de inscrição 0003859, com CNPJ nº. 13937131005372, localizado na Estrada do Saboeiro – Cabula, CEP 41180-000, município de Salvador.

A unidade de saúde é referência ao Distrito Sanitário Cabula – Beirú que conta com uma população de 429.033 hab. (IBGE 2008) com 227.884 pessoas do sexo feminino e 201.149 do sexo masculino. A densidade demográfica é de 16,87hab./km² com uma área de 25,42 km². O Distrito Cabula – Beirú abrange os bairros de: Arenoso, Barreiras, Calabetão, Doron, Saboeiro, Engomadeira, Sussuarana, Pernambués, Tancredo Neves, Santo Inácio, São Gonçalo, Arraial do Retiro, Saramandaia, Mata Escura, Narandiba e Cabula.

A finalidade do HGRS é atender ao Distrito Sanitário Cabula – Beirú em nível terciário e as demais unidades de saúde integrantes do SUS. Sua missão é praticar a assistência, ensino e pesquisa em saúde, na busca contínua da melhoria de qualidade de vida da população. Tem como objetivo ser uma instituição de excelência reconhecida em atenção a saúde, formação profissional e geração de conhecimento.

O HGRS foi inaugurado em 05 de março de 1979, conta com uma área construída de 32.000 m² e área total de 108.000 m². Atualmente é o maior hospital público do Norte e Nordeste, sendo de extrema importância na composição da rede assistencial do SUS.

Configura-se como um hospital de grande porte, com perfil de média e alta complexidade, prestando assistência hospitalar em regime ambulatorial e em caráter de urgência e emergência a pacientes clínicos e cirúrgicos. Caracteriza-se também como um hospital de ensino, certificado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, executando e avaliando programas de estágio, de internato e de residências na área de medicina, nutrição, cirurgia buço-maxilo, enfermagem, bem como a realização de treinamento de pessoal em serviço (SESAB, 2011).

É referência nos serviços de EME, hemorragia digestiva, cirurgia geral e neonatal, maternidade de alto risco, pediatria, clínica médica, cirurgia buco-maxilo-facial, entre outras especialidades médicas.

A unidade de saúde possui três portas de emergência, sendo as emergências: adulto, pediátrica e obstétrica. De acordo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/2011 – CNES, o HGRS possui 640 leitos cadastrados, sendo 49 de UTI e 72 na emergência. (SESAB, 2011).

O HGRS realiza mensalmente cerca de 120 mil procedimentos ambulatoriais e 1,3 mil internamentos. A média de atendimento nas emergências obstétrica, pediátrica e de adulto é de 560 pacientes/dia. (SESAB, 2011).

O número de cirurgias realizadas por mês é de 800, incluindo as cirurgias de baixa, média e alta complexidade, são realizados cerca de 14.600 exames diagnósticos por mês e 85.000 exames laboratoriais mensalmente. O Ambulatório de múltiplas especialidades realiza mensalmente 30.750 consultas, além dos serviços de apoio diagnóstico. (SESAB, 2011).

Além disso, a unidade presta serviços de neurocirurgia, nefrologia, traumatologia, ortopedia, assistência oftalmológica e Banco de Olhos. O Banco de Olhos da Bahia, inaugurado há cinco anos no HGRS, tem com o objetivo atuar na captação, avaliação, processamento e armazenamento das córneas doadas no estado, além disso, realiza a preservação de membrana amniótica proveniente de placenta humana. (SESAB, 2011).

Dentro das dependências do HGRS funciona o Centro de Informações Anti Veneno – CIAVE da Secretaria de Saúde da Bahia – SESAB, que presta atendimento a pacientes intoxicados. O CIAVE é considerado pela Organização Mundial de Saúde – OMS como modelo para os países em desenvolvimento e referência nacional na área de Toxicologia. O CIAVE - Bahia atua na orientação, diagnóstico, terapêutica e assistência presencial de pacientes intoxicados, além de realizar análises toxicológicas de urgência. Realiza a identificação de animais peçonhentos e de plantas venenosas, além disso, produz e distribui antídotos e de soros antipeçonhentos para a rede pública do Estado. (SESAB, 2011).

Criado em agosto de 1980, o CIAVE - Bahia foi o segundo dos 34 centros implantados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SNITF. Único na Bahia, o centro realiza anualmente cerca de 7.500 atendimentos por intoxicações e 14.000 notificações de acidentes por animais peçonhentos, ocorridos em todos os municípios do Estado. (SESAB, 2011).

O CIAVE já capacitou cerca de 3.100 alunos, nas áreas de medicina, veterinária, farmácia, biologia, psicologia, oriundos de diversas faculdades do Estado, além de ter realizado 26 cursos de capacitação em Toxicologia Básica para outros órgãos da saúde.

Para o desenvolvimento dessas ações, o HGRS necessita de uma estrutura funcional que atenda as complexas ações de saúde desenvolvidas pela unidade. Esta é composta por diversos vínculos empregatícios e por terceirizações nas áreas de logística, limpeza, segurança, dentre outros. (SESAB, 2011).

O HGRS dispõe em seu quadro funcional permanente na área de saúde 2.008 funcionários, no grupo administrativo possui 271 funcionários, totalizando 2.279 servidores de vínculo permanente (SIRH/SAEB - maio 2011).

A unidade conta com 216 funcionários em regime especial de direito administrativo – REDA e visa atender a necessidades temporárias de excepcional interesse público, permitindo haver contratação de pessoal, por tempo determinado e sob regime de direito, segundo a lei nº. 6.677 de 26 de setembro de 1994. Vale salientar que a fundação José Silveira mantém sob forma de terceirização, 385 funcionários da área de saúde na unidade.

O HGRS é um hospital de ensino certificado pelo Ministério da Saúde, sendo responsável por assistência, ensino e pesquisa. Nesse sentido, exerce um papel importante na formação de recursos humanos para o SUS em todas as áreas, inclusive na área médica.

De acordo com a Coordenação do programa de Residência Médica do HGRS, no ano de 2012 a unidade conta com 144 residentes atuando nas seguintes especialidades: Cirurgia Geral; Oftalmologia; Neurocirurgia; Clínica Médica; Anestesiologia; Ginecologia e Obstetrícia; Pediatria; Endocrinologia; Gastroenterologia; Cirurgia Vascular; Coloproctologia; Urologia; Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Geral, com área de atuação em Videolaparoscopia; Gastroenterologia, com área de atuação em Endoscopia Digestiva; Pediatria, com área de atuação em UTI Pediátrica; Pediatria, com área de atuação em Neonatologia; e Angiorradiologia.

A unidade executa e avalia programas de estágio de pós-graduação, graduação e nível médio nas diversas áreas de saúde, de acordo com o núcleo de gestão de pessoas.

Em 2010, o HGRS recebeu 1964 estudantes de graduação das áreas de nutrição; enfermagem; psicologia; odontologia; serviço social; e fisioterapia.

Um convênio celebrado com a UNEB proporcionou à comunidade do hospital o acesso ao portal Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, do Ministério da Educação) e seus periódicos, referências para o aprimoramento das atividades científicas. O HGRS também mantém relações institucionais de intercâmbio e parceria com a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

3.3 A COLETA E A ANÁLISE DOS DADOS

O termo “dados” designa a totalidade do material recolhido em bruto Yin (2010) . No tratamento do material dessa pesquisa, buscou-se uma organização, no intuito de facilitar a sua compreensão. Nossa análise procurou extrair os sentidos, para tornar os dados “falantes”. A análise e classificação dos dados procuraram evidenciar as relações causais propostas na teoria e desenvolver uma estrutura descritiva dos padrões de relacionamento entre os dados.

A coleta de dados deste trabalho ocorreu em duas perspectivas, a primeira através da coleta de dados primários e secundários e a segunda através de um estudo empírico. Os dados primários foram oriundos da observação participante e a obtenção dos dados secundários foi realizada a partir de um estudo retrospectivo do censo de óbitos do HGRS no ano de 2009, da análise dos livros de ocorrências da CIHDOTT, do livro de registro de óbitos, dos registros da busca ativa da CIHDOTT.

A observação participante aliada a análise dos registros da CIHDOTT permitiu a compreensão e conseqüentemente a descrição do processo de doação de órgãos e tecidos do HGRS.

Através do estudo retrospectivo no censo de óbitos do HGRS, da análise do livro de óbitos da CIHDOTT e do livro de ocorrências de 2009, delimitamos o número de óbitos e estabelecemos o potencial de doação do HGRS em 2009.

A partir da análise dos formulários de anexo I da Portaria nº 1262/2006 do Ministério da Saúde, que são os relatórios diários sobre pacientes que evoluíram para óbito por PCR, foram sistematizados dados como: a faixa etária, a principal causa base do óbito e os critérios mais prevalentes de exclusão para doação de tecidos.

Os formulários de anexo II da Portaria nº 1262/2006 do Ministério da Saúde, que são

relatórios diários sobre pacientes que evoluíram para óbito com suspeita/e ou morte encefálica, forneceram informações importantes, tais como: sexo, faixa etária, causa do coma e unidade de internação. Os registros da busca ativa indicaram o tempo médio entre a abertura e o fechamento do protocolo de morte encefálica e os livros de registro demonstraram as implicações para a condução do protocolo de morte encefálica.

O estudo empírico foi realizado através da aplicação de entrevistas (APENDICES F,G) com dois grupos de sujeitos. O primeiro grupo foi composto por 08 representantes da comissão intra hospitalar de transplantes; e o segundo, por 08 profissionais das unidades de terapia intensiva, das áreas de medicina, serviço social, fisioterapia e enfermagem, tendo como critério para escolha a amostragem intencional.

Para análise qualitativa das entrevistas recorreu-se fundamentalmente a análise de conteúdo, após sua transcrição integral, utilizando a técnica de Bardin (1977). Os temas foram agregados em três categorias principais: Atenção a saúde, acolhimento e vínculo e informação e desconhecimento. Os resultados obtidos foram discutidos a partir das diretrizes do SUS e do Sistema Nacional de Transplantes

Os membros da comissão foram denominados de Intervientes diretos e os profissionais das unidades de terapia intensiva que tiveram um envolvimento assinalável com o processo de doação, foram denominados de Intervientes indiretos.

As entrevistas com os membros da CIHDOTT ocorreram fora de sua escala de trabalho, em local previamente determinado, Os Intervientes diretos foram orientados com relação ao teor da pesquisa, cientificados de sua autonomia para participação na pesquisa e orientados sobre a confidencialidade e sigilo das informações prestadas.

Com relação às entrevistas com profissionais das unidades de terapia intensiva, foi realizado um levantamento na UTI de adulto, no sentido de identificar os profissionais que já participaram dos protocolos de ME. Após a identificação dos nomes, manteve-se contato com os profissionais, explicou-se o teor da pesquisa e houve o convite para a participação da entrevista, que foi agendada e realizada fora de sua escala de trabalho, em local reservado, garantindo a confidencialidade e o sigilo das informações prestadas.

As informações obtidas através das entrevistas no primeiro momento permitiram o delineamento do perfil sócio- demográfico dos entrevistados, através de informações como: sexo, idade, estado civil, profissão, tempo de serviço e vínculo empregatício. Além do perfil dos entrevistados, a fala dos sujeitos nos permitiu criar categorias de análise, com as quais identificamos questões ligadas à organização dos serviços de saúde, a humanização e a informação/ conhecimento.

3.4 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP/HGRS através do Parecer nº. 42/11, (APENDICES A, B, C, D) obedecendo a Resolução 196/96 do Conselho nacional de Saúde. As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre novembro e dezembro de 2011. Nesse trabalho foi garantido o sigilo, o anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas pelos entrevistados.

Os entrevistados foram apresentados à natureza e os objetivos da pesquisa, ao termo de consentimento livre esclarecido, (APENDICE E) visando envolvê-los em um ambiente de comunicação e diálogo o que contribuiu para facilitar a sua participação assumindo a livre decisão para apresentar seus posicionamentos, sendo assim foram garantidos aos sujeitos da pesquisa o princípio da autonomia. Os depoimentos ficarão guardados sob nossa responsabilidade por 05 anos e depois serão destruídos, conforme determina a referida resolução.

Nesta pesquisa não identificamos riscos aos participantes, visto que o sigilo, a proteção da imagem e o anonimato das informações foram garantidos e a metodologia das entrevistas foi voltada para a orientação de um diálogo, sem limitar ou direcionar a fala dos sujeitos. Neste sentido, podemos inferir que os princípios da não maleficência foram atendidos pela pesquisa.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo apresentaremos os achados do trabalho, inicialmente o estudo contextualiza o processo de doação de órgãos e tecidos do HGRS, seguido da apresentação dos resultados da CIHDOTT em 2009 e do potencial de doação dessa comissão. Em seguida é apresentada a análise e interpretação das entrevistas realizadas com dois com os dois grupos de sujeitos.

4.1 O CASO: CARACTERIZAÇÃO DA CIHDOTT DO HGRS

As Comissões Intra Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante surgiram a partir da Portaria nº. 905/2000, que recomendavam aos hospitais do SUS e a aqueles que tinham em funcionamento um programa de transplantes a formarem grupos de atuação dentro dos hospitais. Entretanto, foi a Portaria 1.752/2005 que implementou a

constituição das CIHDOTTS. Esta portaria determinava que todos os hospitais públicos, particulares e filantrópicos que tivessem mais que 80 leitos implantassem a Comissão Intra Hospitalar de Doação sob pena de perderem o credenciamento dos serviços da emergência e terapia intensiva.

A CIHDOTT do HGRS foi criada em 2005, para cumprir a exigência legal da Portaria nº. 1.752/2005 e, assim, garantir os cadastros como UTI e como hospital do sistema de regulação para atendimento de emergências.

A Comissão nesse período não dispunha de profissionais com prerrogativas específicas para o desenvolvimento das ações referentes ao processo de doação-transplante e suas ações se limitavam à busca passiva de doadores. Nesse sentido, a CIHDOTT do HGRS, não atendia as diretrizes da Portaria nº. 1.752/2005, pois não dispunha de estrutura e autonomia para a realização das atividades exigidas pelo processo doação-transplante.

O MS em 2006, considerando a necessidade de ampliar os avanços já obtidos na captação de tecidos, e atender a Portaria nº. 1006/MS/MEC de 27 de maio de 2004 e a Portaria nº. 1702/GM de 17 de agosto de 2004, que determinava a reestruturação dos hospitais de ensino no âmbito do SUS e a necessidade de organizar os indicadores e metas para as diversas instituições, resolve aprovar o regulamento técnico das CIHDOTTS.

Esse regulamento técnico foi orientado pela Portaria nº. 1.262/2006 que estabelecia as atribuições, deveres e indicadores de eficiência das CIHDOTTS, de acordo com esse regulamento a comissão deveria ser instituída por ato formal da direção geral do hospital, tornando público seus aspectos técnicos, legais e administrativos.

Segundo o ato normativo, a comissão deveria estar vinculada à diretoria técnica do hospital, sendo composta por no mínimo três membros de nível superior que deveriam fazer parte do quadro clínico de saúde, dentre os quais um médico ou um enfermeiro, deveria ser designado como coordenador intra hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Para o exercício do cargo o profissional de saúde deveria ter certificação de coordenador intra hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes, essa certificação deveria ser expedida pelo SNT ou pelas CNCDOS.

Com as novas exigências da Portaria nº. 1.262/2006, o HGRS em agosto de 2007, através de ato formal da diretoria publicado em diário oficial do estado da Bahia, nomeou e determinou à nova constituição da CIHDOTT do HGRS.

A diretoria do HGRS designou a transferência de 05 enfermeiros; 01 médico; 01

psicóloga; e 01 assistente social os quais faziam parte do quadro clínico funcional e estavam lotados na unidade para fazer parte da nova CIHDOTT, em regime de dedicação exclusiva. Além disso, para garantir autonomia em suas atividades conforme regulamentava a Portaria nº. 1262/2006, a diretoria do hospital garantiu área física, constituída de logística e equipamentos para o funcionamento da CIHDOTT.

A partir desse momento, com regime de dedicação exclusiva de seus membros, a CIHDOTT definiu um novo processo de trabalho através da implementação da busca ativa, da formulação das diretrizes da entrevista familiar, da elaboração e implementação de instrumentos normativos e da estruturação de um Programa de Educação Continuada.

Em 2009, o MS no uso de suas atribuições, resolve atualizar, aperfeiçoar, e padronizar o funcionamento do SNT através da aprovação do Regulamento Técnico do SNT.

Esse regulamento foi submetido à consulta pública com a participação da comunidade transplantadora, da comunidade técnico-científica, das sociedades médicas, dos profissionais de saúde, dos gestores do SUS, dos transplantados, dos candidatos a transplante e da sociedade em geral.

O Regulamento Técnico do SNT foi criado através da Portaria nº. 2.600/2009. Por esta normativa, as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante - CIHDOTTS serão obrigatórias naqueles hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos perfis relacionados abaixo, obedecidas a seguinte classificação:

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

II - CIHDOTT II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano; e

III - CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgão.

Parágrafo único. A criação das CIHDOTT será opcional para todos os demais hospitais que não se enquadrem nos perfis descritos nos incisos deste artigo, e deverão ser classificadas pela CNCDO Estadual ou Regional.

O HGRS pelas características citadas anteriormente e por possuir mais de 1.000 óbitos por ano, se enquadra no perfil de CIHDOTT III.

A Portaria nº. 2.600/2009 além de modificar a classificação dos hospitais para as existências das CIHDOTTS, ratificou e ampliou as exigências contidas nas Portarias nº. 1.262 e 905/2000 para o funcionamento das CIHDOTTS.

A CIHDOTT do HGRS atende aos requisitos contidos na Seção II do Art. 15, do regulamento técnico em questão, visto que foi instituída por ato formal da direção, e está vinculada diretamente à diretoria médica.

Como se enquadra no perfil de CIHDOTT III, o seu coordenador é médico com formação em coordenação intra hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes, certificado pelo MS/ABTO e dispõe de carga horária de 20 horas em regime de dedicação exclusiva a referida comissão.

Além disso, possui área física definida e equipamentos para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos, intercomunicação entre os diversos participantes do processo, e conforto para profissionais e familiares dos potenciais doadores.

O Regulamento Técnico exige que as CIHDOTTS publiquem um Regimento Interno, a CIHDOTT do HGRS já tinha publicado em 2008 seu Regimento Interno próprio baseado na Portaria nº. 905/200 e na Portaria nº. 1.262/2006, no qual definiu os princípios, objetivos, atribuições e sua estrutura organizacional.

Através dessas definições o Regimento Interno da CIHDOTT do HGRS determinou as prerrogativas específicas para o exercício das atividades relativas ao processo doação-transplante na referida unidade de saúde.

Para o exercício de suas atividades, o Regimento Interno determina que a estrutura organizacional seja composta por um coordenador; por plantonistas da Busca Ativa; por membros, para o programa de educação continuada; e agentes administrativos, para o desenvolvimento dos serviços da Comissão. Com a aprovação do Regimento Interno pela diretoria geral da unidade, a normativa foi utilizada como base para a elaboração do modelo de Regimento Interno das CIHDOTTS do Estado. Após a publicação desse documento no diário oficial do estado, a CIHDOTT ratificou sua autonomia no desenvolvimento de suas ações e garantiu a estrutura necessária para o seu funcionamento.

4.1.1 Os objetivos da CIHDOTT DO HGRS.

Os objetivos da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos do Hospital Geral Roberto Santos, foram definidos a partir da observância dos princípios éticos contidos em seu Regimento Interno e validados pelas Portarias 905/2000 e 2600/2009.

De acordo com o Regimento Interno da CIHDOTT do HGRS, o principal objetivo da comissão é organizar dentro de sua unidade de saúde o programa de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Para alcançar esse objetivo ela deve desenvolver na sua instituição a cultura da doação de órgãos e tecidos, através da sensibilização e treinamento de todos os profissionais envolvidos no processo.

Outro objetivo importante a ser destacado diz respeito à articulação da CIHDOTT com as equipes médicas do hospital, especialmente as das Unidades de Terapia Intensiva e Emergência, com as equipes do serviço social, psicologia, apoio administrativo, no sentido de identificar os potenciais doadores e validar o processo de verificação de ME, assegurando que as ações sejam realizadas dentro dos limites técnicos estabelecidos pela legislação vigente.

A CIHDOTT deverá coordenar o processo de acolhimento e entrevista familiar dos potenciais doadores identificados, assegurando que esta ação seja regida por os mais estritos parâmetros técnicos.

A Comissão de acordo com seu Regimento e com as Portarias que regulamentam suas ações, deverá supervisionar todo o processo de captação e remoção de órgãos e tecidos para transplante, bem como a recomposição do corpo do doador falecido para ser entregue a família.

A CIHDOTT deve estabelecer registro e controle de todos os potenciais doadores com base nos formulários da Portaria nº. 2600/2010, através de arquivamento da documentação pertinente, disponibilizando para CNCDO/BA e autoridades legais.

Além disso, a Comissão deve em conjunto com a CNCDO/BA avaliar o potencial de doação, definindo os indicadores de qualidade, os critérios de eficiência e as metas de contratualização determinadas pela Portaria GM/MS nº. 1.702/2004.

4.1.2 As atribuições dos membros da CIHDOTT do HGRS

De acordo com o Regimento Interno da CIHDOTT do HGRS, seu quadro funcional

deve ser composto por um coordenador, equipe de plantonista para Busca Ativa e membros para o Programa de Educação Continuada.

A equipe de Busca Ativa deve ser composta por membros do quadro clínico funcional, lotados no HGRS com dedicação exclusiva a CIHDOTT, podendo ser médicos, enfermeiros, assistentes sociais e técnicos de enfermagem, desde que atenda as necessidades logísticas do serviço em tempo integral. A equipe de Educação Continuada deve ser composta por: assistentes sociais; psicólogos e enfermeiros; todos os membros do quadro clínico funcional; lotados no HGRS, designados como colaboradores e/ou efetivos, conforme o trabalho da Comissão.

A coordenação da CIHDOTT é realizada por um médico, estatutário, com formação em terapia intensiva e nefrologia. O referido atua no HGRS há 18 anos, dos quais 06 anos dedicados integralmente a Comissão.

Cabe a Coordenação da CIHDOTT:

- ✓ Ter responsabilidade técnica e administrativa pela Comissão;
- ✓ Articulação com a COSET e a CNCDO/BA;
- ✓ Supervisionar todo processo de doação e captação de órgãos e tecidos do hospital;
- ✓ Manter o funcionamento e os registros das atividades da Comissão;
- ✓ Estabelecer articulação com a UTI e Emergência, para identificação, avaliação, notificação e manutenção dos potenciais doadores do hospital;
- ✓ Supervisionar todos os protocolos de ME;
- ✓ Fiscalizar e garantir o arquivamento de todos os documentos envolvidos no processo (Protocolo de ME, Alerta Doador, Termo de Autorização, Busca Ativa, Relatórios de Remoção, Exame Comprobatório e Sorologias);
- ✓ Garantir a liberação do doador efetivo recomposto à família;
- ✓ Garantir o encaminhamento do doador falecido ao IML, no caso de morte violenta;
- ✓ Definir junto a diretoria de o hospital um programa hospitalar de Doação de Órgãos;
- ✓ Desenvolver programa específico para captação de córneas;
- ✓ Participar de campanhas, palestras e cursos de capacitação;
- ✓ Representar a comissão junto às entidades médicas e instituições reguladoras;
- ✓ Elaborar e divulgar os relatórios das atividades da comissão;
- ✓ Propiciar o relacionamento e desenvolvimento profissional dos membros da Comissão.

A Equipe de Busca Ativa é composta por 06 enfermeiros estatutários, com experiência nas áreas de terapia intensiva e emergência, com média de 16 anos dedicados

ao hospital. Os referidos têm dedicação exclusiva a CIHDOTT, trabalham em regime de plantão de 24 horas, 07 dias por semana.

Cabe a Equipe de Busca Ativa:

- ✓ Conhecer todo Processo de Doação-Transplante;
- ✓ Realizar a procura e identificação de potenciais doadores;
- ✓ Notificar os potenciais doadores à CNCDO/BA;
- ✓ Acompanhar e viabilizar o desenvolvimento do protocolo de ME;
- ✓ Orientar a equipe de assistência, para realizar medidas de proteção do globo ocular no potencial doador;
- ✓ Orientar a equipe de assistência, para realizar a manutenção do potencial doador;
- ✓ Acompanhar e supervisionar a captação e remoção de órgãos e tecidos;
- ✓ Solicitar, coletar e encaminhar os exames (sorologias, HLA e avaliação de múltiplos órgãos) dos potenciais doadores para doação;
- ✓ Realizar acolhimento e assistência ao luto familiar;
- ✓ Viabilizar e realizar entrevista familiar para doação;
- ✓ Estabelecer rotinas administrativas para arquivamento de documentos legais e registro de todos os doadores efetivos;
- ✓ Participar de cursos, palestras, campanhas, treinamentos e capacitações a respeito das ações desenvolvidas pela Comissão e o trabalho de Busca Ativa para captação de órgãos e tecidos, com todos profissionais do hospital.

A Equipe de Educação Continuada é formada por 01 assistente social que é estatutária e 01 psicóloga que possui vínculo celetista, ambos têm experiência em terapia intensiva e atendimento às famílias de pacientes críticos. As referidas têm dedicação exclusiva à comissão e atuam em parceria com membros da equipe de busca ativa.

Cabe a Equipe de Educação Continuada:

- ✓ Realizar e promover cursos, programas e campanhas de educação, sensibilização dirigidos à comissão e a comunidade hospitalar;
- ✓ Estabelecer articulações institucionais que propiciem a realização de parcerias para desenvolver o programa de doação de órgãos e tecidos;
- ✓ Acompanhar e avaliar todo processo de doação com ênfase no acolhimento e na entrevista familiar;
- ✓ Elaborar e divulgar material educativo referente ao processo de Doação-Transplante;
- ✓ Desenvolver pesquisas que possam subsidiar as análises e ações da Comissão;

- ✓ Promover formação continuada para a Comissão, com análise e discussão dos resultados de busca ativa e estabelecimento de metas.

A psicóloga da Comissão não é estatutária, mas está à disposição do hospital há 18 anos, é funcionária de uma empresa de economia mista do Estado da Bahia, têm experiência no atendimento a famílias de pacientes críticos.

Cabe ao/a Psicólogo/a:

- ✓ Integrar o programa de educação continuada dando suporte à comissão;
- ✓ Acompanhar e orientar a Comissão no processo da entrevista familiar;
- ✓ Acolhimento da família dos potenciais doadores que apresentem dificuldades de aceitação da morte e perda do ente querido, dando suporte ao luto;
- ✓ Desenvolver análise, pesquisa e orientação à Comissão, com relação a todo processo de doação de órgãos e tecidos dentro da Instituição.

4.1.3 A CIHDOTT e as ações de educação para doação

A Portaria 2600/2010 e o Regimento Interno da CIHDOTT determinam que além das ações de organizar o processo de doação de órgãos do hospital a CIHDOTT deve responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos.

A CIHDOTT, desde 2007, realiza atividades de educação voltada para profissionais de saúde, estudantes das diversas áreas de saúde, entretanto foi a partir de 2009, que elaborou um plano de ação para sistematizar e ampliar as ações sobre doação e sensibilizar os atores envolvidos para a causa do transplante.

Um dos objetivos do plano de ação é promover ações de educação continuada junto aos diversos grupos de usuários, familiares e profissionais de saúde, divulgando a importância da doação e sensibilizando os atores envolvidos para a causa do transplante.

Outro objetivo importante é coordenar e assessorar as atividades de capacitação do corpo clínico e administrativo dos diversos setores do HGRS, visando à formação de agentes multiplicadores e de profissionais sensibilizados para o binômio: doação – transplante.

Dentre as diversas ações realizadas pelo plano tem-se: treinamento dos Residentes do HGRS, 02 treinamentos com o grupo de fisioterapia do HGRS; treinamento com o grupo

de enfermagem; formação em serviço; treinamento com o grupo administrativo; elaboração do Informativo DOE AÇÃO; curso de capacitação para o Serviço Social do HGRS; seminário sobre o panorama dos transplantes na Bahia; I Mostra de Transplantes do HGRS; implantação do Estágio Curricular de Serviço Social e de enfermagem; implantação do Projeto Sala de Espera na UTI; palestras nas diversas Universidades; implantação do CINE VIDA; apresentação oral no I Congresso de Enfermagem do HGRS; 04 trabalhos apresentados em forma de pôster em Congressos de Nefrologia; elaboração de 12 artigos científicos; elaboração de 02 projetos de pesquisa no Mestrado em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional da UNEB; e 01 projeto de pesquisa do Mestrado em família da Universidade Católica do Salvador.

4.2 O PROCESSO DE DOAÇÃO DE TECIDOS NO HGRS

A doação de órgãos e tecidos é constituída por dois processos distintos. O primeiro, é relacionado à captação de tecidos; e o segundo, diz respeito à captação de órgãos sólidos.

No HGRS, o processo de doação de tecidos diz respeito somente à captação de córneas de pacientes que evoluíram para óbito através de parada cárdio respiratória – PCR. O processo de doação de órgãos sólidos diz respeito a pacientes que evoluíram para óbito com diagnóstico de ME.

O processo de doação de tecidos é iniciado a partir da notificação do óbito a CIHDOTT/HGRS pelo serviço social, pelo apoio administrativo, ou por algum profissional da unidade. Além disso, o plantonista da Comissão realiza uma busca ativa diária, no sentido de identificar potenciais doadores de córneas.

A busca ativa (ANEXO G) inicia-se com visitas as diversas unidades do hospital, ao serviço social, ao setor de apoio administrativo que é responsável pela liberação do corpo para sepultamento e ao necrotério. Os objetivos da busca ativa é registrar todos os óbitos ocorridos no hospital e deflagrar o processo de doação, que se inicia com análise dos prontuários dos pacientes, nos quais se buscam identificar os pacientes que se enquadram nos critérios clínicos para doação de córneas. Após a identificação dos potenciais doadores, o plantonista deve, caso seja necessário, solicitar ao necrotério que mantenha os corpos sob refrigeração.

O segundo passo é fazer contato com os setores do serviço social e do apoio administrativo, com o objetivo de obter informações sobre os responsáveis legais do

potencial doador. Após a localização dos responsáveis legais, inicia-se a abordagem para a realização da entrevista familiar para doação de córneas.

Nesse momento, o plantonista da CIHDOTT identifica-se como funcionário do Hospital, membro de uma comissão de doação de órgãos e tecidos para transplantes, explica sua função e oferece a possibilidade de doação das córneas do seu ente querido. O plantonista explica que o procedimento de enucleação tem uma duração de aproximadamente 45 minutos e que é realizado por um oftalmologista do Banco de Olhos do Estado da Bahia e que é colocada uma prótese no lugar do globo ocular, garantindo a integridade do corpo do doador falecido para o sepultamento.

Se houver recusa para a doação o plantonista agradece a atenção dispensada e coloca-se a disposição da família para outros esclarecimentos, caso julguem necessários. Caso a família concorde com a doação, é preenchido o Termo de autorização para remoção de órgãos e tecidos (ANEXO B), onde o responsável legal do paciente com a participação de 02 testemunhas assina a autorização para remoção de córneas. O plantonista agradece a doação em nome da sociedade, disponibiliza os contatos telefônicos da Comissão e coloca-se a disposição da família para outros esclarecimentos, caso julguem necessários.

Com a assinatura do Termo de autorização para remoção de órgãos e tecidos o plantonista preenche o formulário de alerta doador, com os dados civis e clínicos do paciente e envia por fax para a CNCDO/BA. Em seguida mantém contato com o plantonista do Banco de Olhos, avisa a existência do doador, solicita a enucleação das córneas do doador. Quando o plantonista do Banco de Olhos comparece a unidade é iniciado o processo de captação de córneas, o plantonista da CIHDOTT acompanha todo o processo, pois tem responsabilidade legal pela garantia da correta reconstituição e devolução do corpo do doador falecido a família.

Após a captação o plantonista da CIHDOTT, faz a coleta de sangue do doador para realização de sorologias, envia para o laboratório do hospital para a centrifugação e encaminha as amostras para o HEMOBA que é o responsável pela realização das sorologias dos doadores do Estado da Bahia.

Em seguida, o plantonista da CIHDOTT contata a família informando a liberação do corpo para o sepultamento, ou em caso de morte violenta, avisa a família e a autoridade civil do término do procedimento para o encaminhamento ao Instituto Médico legal Nina Rodrigues.

O plantonista da CIHDOTT deverá organizar o prontuário do doador de córneas, que deve conter as cópias da folha de internação; do atestado de óbito ou guia de necropsia; do alerta doador; do relatório de remoção de córneas, assinado pelo médico captador; dos

resultados das sorologias e original do TCLE. As dos prontuários deverão ficar arquivadas por 05 anos na CIHDOTT, a disposição da CNCDO/BA e das autoridades legais.

4.3 O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS NO HGRS

O processo de doação de órgãos sólidos diz respeito a pacientes que evoluíram para óbito com diagnóstico de ME. O processo de doação é iniciado a partir da identificação e notificação a CIHDOTT/HGRS da suspeita de ME pelos plantonistas da UTI ou do serviço de emergência. Os membros da CIHDOTT também realizam busca ativa diuturnamente nas unidades de terapia intensiva e nas emergências do HGRS, o objetivo é manter contato com os plantonistas e verificar a presença de pacientes com suspeita de ME. A partir da suspeita de ME é deflagrado o processo de doação, através do preenchimento de termo de declaração de morte encefálica (ANEXO A) e o início do protocolo de ME.

O paciente com suspeita de ME é aquele com lesão encefálica grave, irreversível e conhecida, assistido por ventilação mecânica, com ausência de reflexos do tronco encefálico. Quando o plantonista da UTI ou EME identifica esses critérios diagnósticos em um paciente, ele notifica a CIHDOTT e dá início ao protocolo de ME.

A CIHDOTT em parceria com a equipe de saúde verifica se o paciente preenche todos os critérios clínicos definidos por lei para abertura do protocolo de ME, caso o paciente possua todos os critérios, inicia-se o protocolo com o primeiro exame clínico, que pode ser feito pelo intensivista ou neurologista, não importando a ordem, desde que um deles seja realizado por um neurologista.

Vale salientar que antes da abertura do protocolo, a família deve ser avisada pelo médico plantonista do quadro clínico do paciente e do processo que o paciente será submetido. Esse momento é crucial para todo o desenvolvimento do trabalho, porque uma família mal acolhida, com dúvidas e desconfianças do processo poderá resultar em uma negativa familiar para doação de órgãos.

O HGRS por sua estrutura e dificuldade relacionada à assistência ao paciente crítico exige da CIHDOTT rotinas diferenciadas de acordo com a unidade de internação do paciente. Na unidade de reanimação da emergência, que deveria ser uma zona intermediária para pacientes críticos, com necessidade de internação em leito de UTI, a assistência é precária, visto que o número de pacientes é superior a capacidade física e estrutural da unidade. Nesse setor, o plantonista além de identificar o paciente com suspeita de ME participa intensamente da manutenção do potencial doador; orienta os

procedimentos relativos ao diagnóstico; acolhe a família; e viabiliza todo o processo do protocolo de ME.

Na UTI, por possuir uma dinâmica organizada, com estrutura adequada e com profissionais capacitados, a CIHDOTT, limita-se a dar suporte operacional ao processo de diagnóstico de ME.

Em relação ainda as etapas do protocolo de ME, após a realização do primeiro exame clínico, a CIHDOTT orienta a solicitação dos exames básicos do protocolo, a coleta das sorologias, notifica a CNCDO/BA e envia o alerta doador com os dados do paciente. Neste momento, solicita a realização do exame complementar e a presença do neurologista para o fechamento do protocolo.

De acordo com a legislação, a unidade de saúde onde o paciente com suspeita de ME se encontra internado, deverá providenciar os recursos necessários para a execução do diagnóstico de ME; entretanto no HGRS, apesar de ser referência em neurocirurgia, possuir UTI adulto e infantil e ser o maior hospital geral do Estado da Bahia, depende da CNCDO/BA para o desenvolvimento do protocolo de ME.

O protocolo de ME orienta que o intervalo de tempo mínimo entre a primeira e a segunda avaliação clínica deve ser de 6 horas; entretanto, o que acontece na realidade do HGRS é bem diferente, visto que os pacientes em média demoram de 18 a 48 horas para terem o protocolo fechado e o diagnóstico confirmado de ME.

Após o fechamento do protocolo de ME, o plantonista da unidade preenche a declaração de óbito ou guia de necropsia do paciente e comunica a família do diagnóstico de morte.

O plantonista da CIHDOTT, após o fechamento do protocolo e a emissão da DO, aborda a família e realiza a entrevista familiar para doação de órgãos. Este é um momento extremamente delicado, em que o profissional lida diretamente com vários sentimentos da família, como: medo, raiva, dúvida, insatisfação com relação a qualidade do atendimento prestado ao seu familiar, dentre outros. Após escuta, alívio de tensões e esclarecimentos, o plantonista da CIHDOTT deverá oferecer à oportunidade de doação de órgãos a família. Se houver recusa a CIHDOTT agradece à família a atenção dispensada e informa que a assistência será descontinuada e o corpo liberado para o sepultamento.

Caso haja o consentimento para doação de órgãos, o plantonista explica o processo de captação e a logística necessária para a remoção e implantação dos enxertos. A família ratificando sua posição a favor da doação é orientada a assinar o TCLE para doação de órgãos, onde o responsável legal do paciente com a participação de 02 testemunhas assina a autorização para remoção múltiplos órgãos.

Nesse momento, o plantonista agradece a doação em nome da sociedade, disponibiliza os contatos telefônicos da Comissão e coloca-se a disposição da família para outros esclarecimentos, caso julguem necessários. Se compromete também a manter contato com o familiar responsável para fornecer orientações a respeito dos horários referentes a cirurgia de captação, o andamento do processo e o momento da liberação do corpo para o sepultamento.

Com a assinatura do TCLE o plantonista da CIHDOTT avisa a CNCDO, encaminha os resultados dos exames laboratoriais, sorologias, e organiza a logística do hospital para a cirurgia de captação de órgãos.

A CNCDO após verificar os dados do paciente, roda a lista única para os diversos órgãos e avisa as equipes de captação e transplante, que deverão contactar com os potenciais receptores.

O plantonista da CIHDOTT recebe as equipes de captação na unidade, encaminha os referidos para o centro cirúrgico, presencia toda a cirurgia de extração e recomposição do corpo do doador falecido.

Após a cirurgia o plantonista, mantém contato com a família e avisa da liberação do corpo para o sepultamento, ou em caso de morte violenta, avisa a família e a autoridade civil do termino do procedimento para o encaminhamento ao Instituto Médico legal Nina Rodrigues.

A CIHDOTT deverá organizar o prontuário do doador de órgãos, que deve conter as cópias da folha de internação; do atestado de óbito ou guia de necropsia; do alerta doador; do relatório de remoção de órgãos assinado pelos médicos captadores; dos resultados das sorologias e os originais do TCLE e do protocolo de ME de acordo com a Lei No- 9.434, de 1997.

Esse prontuário deverá ficar arquivado por 05 anos na CIHDOTT, a disposição da CNCDO/BA e das autoridades legais. Além do arquivamento do prontuário a CIHDOTT deve manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizados conforme os Formulários I e II do Anexo V da Portaria 2600/2010.

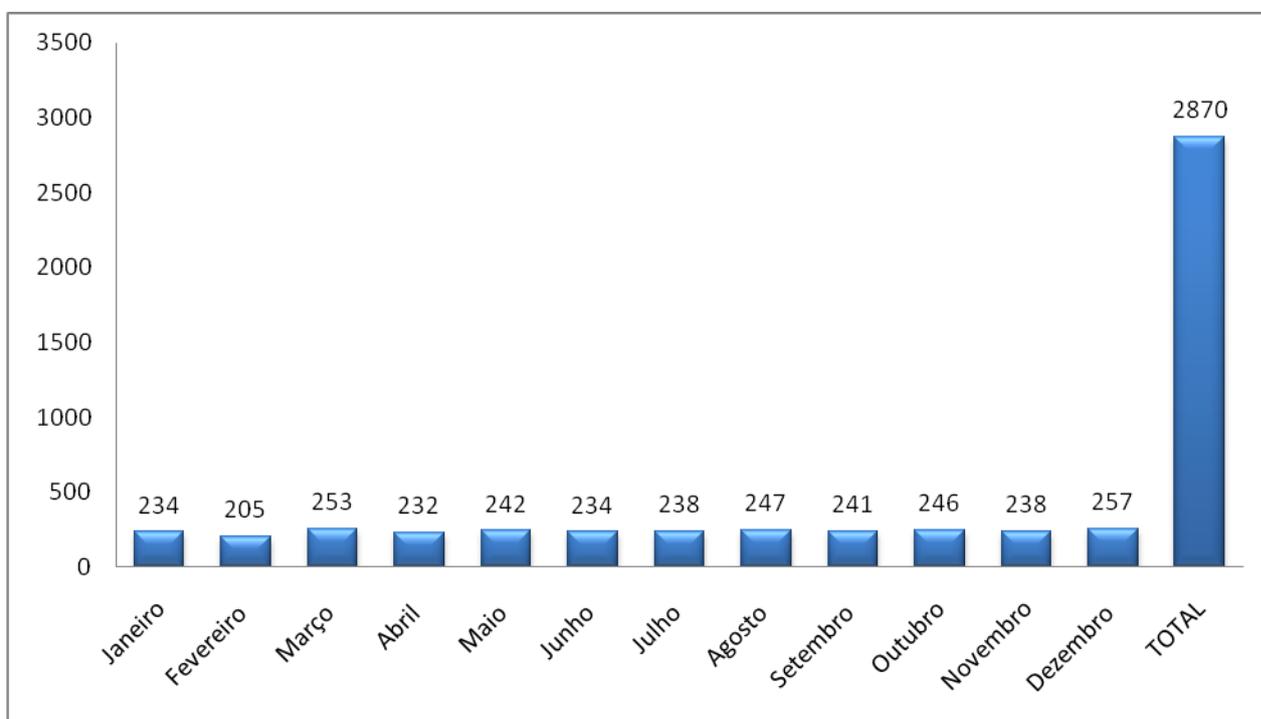
4.4 O POTENCIAL DE DOAÇÃO DO HGRS E O DESEMPENHO DA CIHDOTT EM 2009.

De acordo com a legislação em transplantes, a CIHDOTT, em parceria com a CNCDO, é responsável pela definição do potencial de doação de uma instituição de saúde. O potencial de doação de órgãos e tecidos é definido a partir da avaliação do número de

óbitos da unidade. Segundo a ABTO 2010, a capacidade de doação de córneas é definida por 5% do número de óbitos absolutos da instituição e a capacidade para doação de órgãos é definida por 3% do número de óbitos absolutos da instituição.

Após um estudo retrospectivo do censo de óbitos da CIHDOTT, no período de janeiro a dezembro de 2009, observou-se que ocorreram 2.870 óbitos no HGRS. (Gráfico 2). Nesse sentido, seguindo a lógica da ABTO a capacidade de doação de órgãos e tecidos do HGRS, em 2009, foi a de 86 possíveis doadores de múltiplos órgãos e 144 possíveis doadores de córneas.

Gráfico 2 - Distribuição dos óbitos no período de janeiro a dezembro de 2009

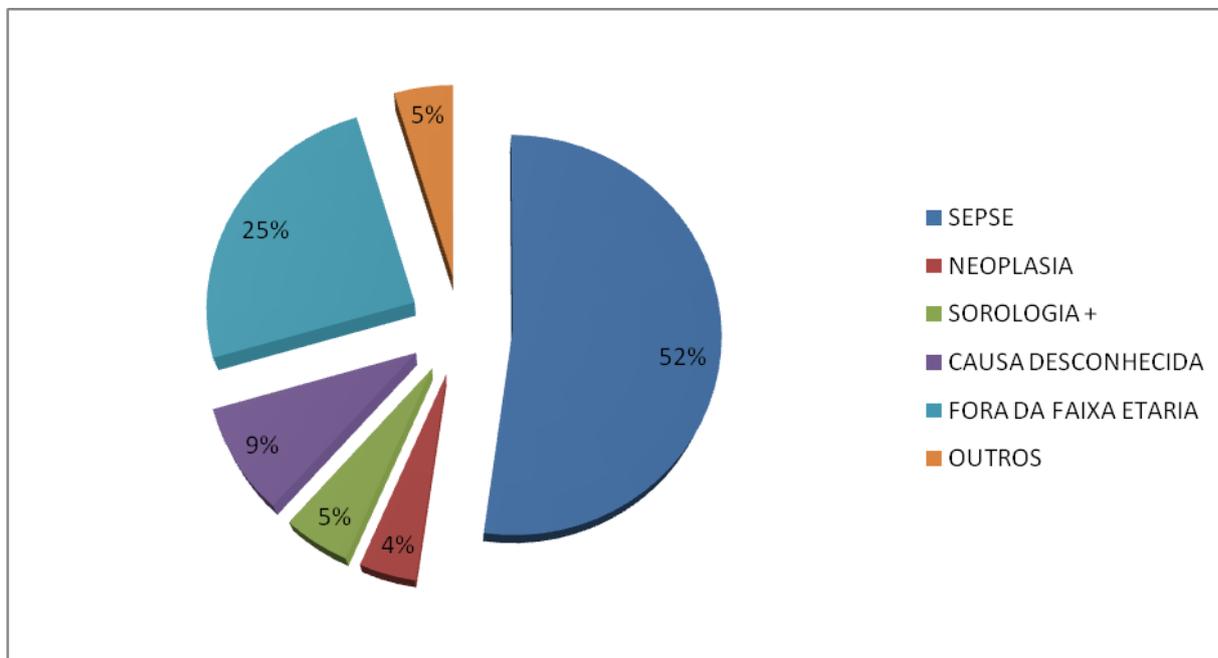


Fonte: Censo de óbitos da CIHDOTT do HGRS 2009

Dos 2.870 óbitos ocorridos no período analisado, 876 (30,5%) foram considerados potenciais doadores de córneas, dos óbitos não abordáveis a principal causa base de óbito foi ligada doenças do sistema circulatório e a maioria dos potenciais doadores foi a óbito na emergência 672 (77%).

Dos 1994 óbitos não abordáveis, os critérios de exclusão mais prevalentes de acordo como Gráfico 3 foram: Septicemia 1042 (52%), neoplasia 85(4%), sorologia 101(5%), morte por causa desconhecida 178(9%) fora da faixa etária 494 (25%), outros 94 (5%).

Gráfico 3 - Distribuição dos critérios clínicos de exclusão para doação no período de janeiro a dezembro de 2009.



Fonte: Formulário III do anexo V da portaria 2600/2009 do MS/SAS/DAE/CGSNT da CIHDOTT do HGRS.

Com relação à distribuição da faixa etária, identificou-se que do total de 2.870 pacientes, 353 pacientes (12,5%) eram menores de 02 anos; 84 pacientes (3%) tinham entre 2 e 18 anos; 484 pacientes (17,1%) tinham entre 18 e 40 anos; 736 pacientes (26%) tinham entre 40 e 60 anos; 446 pacientes (15,8%) tinham entre 60 e 70 anos e 722 pacientes (25,6%) eram maior de 70 anos. (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos óbitos de acordo com a faixa etária de jan. – dez. 2009.

Faixa etária ANOS	JAN	FEV	MAR	ABRI	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Menor de 02	24	32	46	25	32	41	25	19	18	28	33	30
2até 18	07	8	05	08	08	09	04	07	09	08	04	07
18 até 40	37	31	37	54	25	35	55	44	37	39	47	43
40 até 60	59	46	67	46	73	44	55	60	75	70	67	74
60 até 70	36	33	27	32	41	38	39	43	36	41	32	48
Acima de 70	67	52	66	62	56	61	56	71	66	57	51	52
TOTAL	230	202	248	227	235	228	234	244	241	243	234	253

Fonte: Formulário III do anexo V da portaria 2600/2009 do MS/SAS/DAE/CGSNT da CIHDOTT do HGRS.

De acordo com esses dados, 41% destes pacientes, estão acima dos 60 anos, e consequentemente com maior risco de co-morbidades e complicações relacionadas à causa do óbito.

No ano de 2009, a CIHDOTT/HGRS realizou 203 entrevistas para doação de córneas, esse número indica que a comissão atingiu 23% do universo de potenciais doadores para córneas. Das 203 entrevistas realizadas a CIHDOTT/HGRS obteve 59 doadores efetivos, o que representa a conversão de 29% contra 144 recusas que significa uma taxa de 71% de negativa.

As causas da recusa familiar são multifatoriais nesse estudo elas foram divididas em categorias, a primeira está relacionada por doador contrário em vida 16,5%, a segunda por aspectos relacionados à família 39%, a terceira por aspectos ligados ao atendimento hospitalar 26,5% e outros 18%.

A categoria referente aos aspectos relacionados à família diz respeito ao desconhecimento do desejo do potencial doador; ao desejo dos familiares em receber o corpo íntegro; a familiares indecisos e aspectos religiosos.

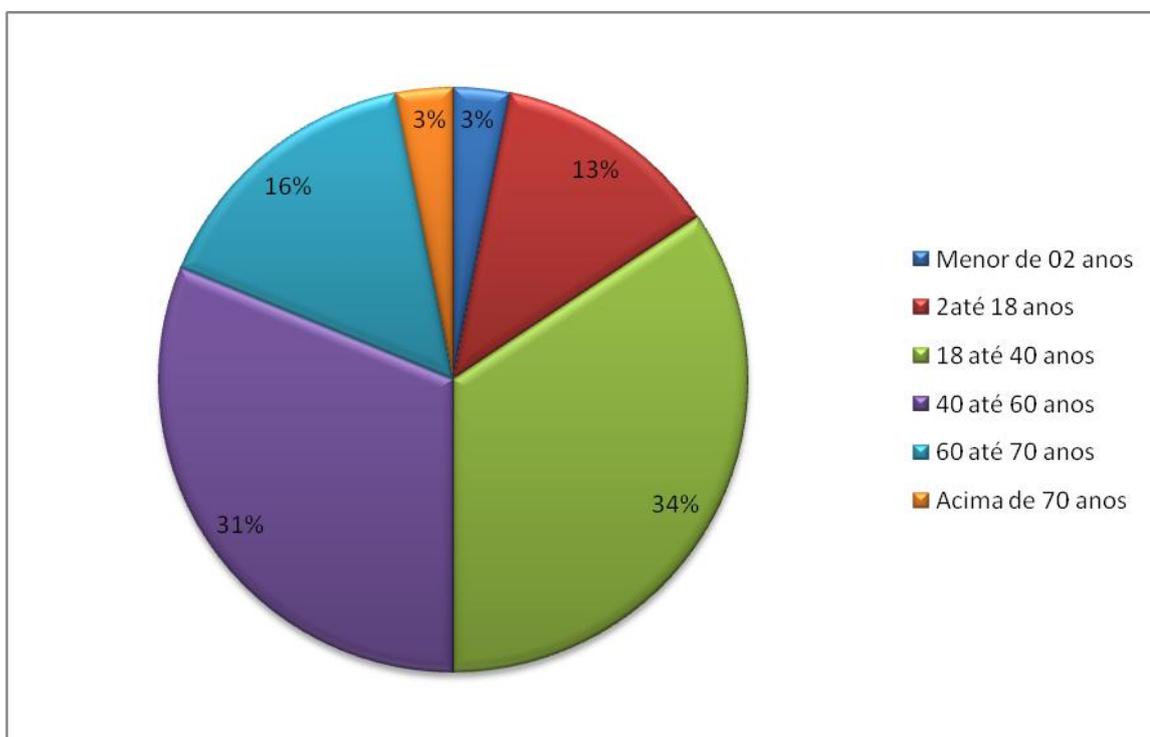
A categoria relacionada ao atendimento hospitalar diz respeito a aspectos ligados ao receio da demora da liberação do corpo e a familiares descontentes com o atendimento prestado pelo hospital.

Nesse mesmo ano, a CIHDOTT/HGRS identificou 42 pacientes com suspeita de ME, destas suspeitas 10 tiveram o protocolo de ME finalizado e 32 tiveram o protocolo de ME abortado.

A partir da análise dos documentos de origem interna produzidos pela CIHDOTT, dos livros de registro e dos prontuários dos pacientes identificou-se alguns dados que podem esclarecer os motivos do não fechamento do protocolo dos pacientes. Neste sentido, fazem-se pertinentes a apresentação das informações sobre os dados sócio demográficos, epidemiológicos dos pacientes e os fatores que interferiram na condução do protocolo de ME.

Com relação à distribuição da faixa etária, identificou-se que do total de 32 pacientes que tiveram o protocolo de ME abortado, 01 paciente (3%) era menor de 02 anos; 04 pacientes (13%) tinham entre 2 e 18 anos; 11 pacientes (34%) tinham entre 18 e 40 anos; 10 pacientes (31%) tinham entre 40 e 60 anos; 05 pacientes (16%) tinham entre 60 e 70 anos e 01 paciente (3%) eram maior de 70 anos. (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição da faixa etária dos pacientes com protocolos de ME abortados no período de janeiro a dezembro de 2009



Fonte: Formulário III do anexo V da portaria 2600/2009 do MS/SAS/DAE/CGSNT da CIHDOTT do HGRS.

Ao contrário dos pacientes que evoluíram com PCR, 65% dos pacientes com suspeita de ME que tiveram o protocolo de ME abortado, tinham entre 18 e 60 anos, conseqüentemente com menor risco de co-morbidades e complicações clínicas para transplantes.

Com relação ao perfil dos pacientes, 44% dos pacientes eram do sexo feminino e 56% do sexo masculino, 69% eram solteiros e 66% eram provenientes da capital.

A despeito da literatura, que define o trauma cranio encefálico – TCE como a principal causa do coma dos pacientes, após análise dos prontuários dos pacientes foi possível identificar que a principal causa do coma dos pacientes que tiveram o protocolo de ME abortado no HGRS em 2009, foi o acidente vascular cerebral hemorrágico – AVC-H com 66% das ocorrências. (Tabela 6).

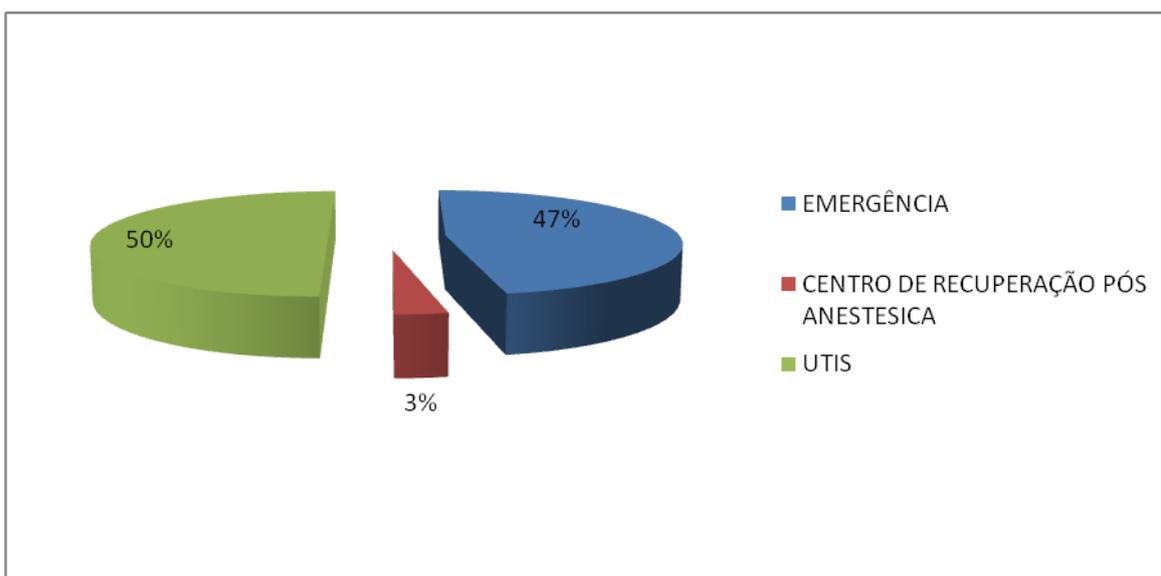
Tabela 6 - Distribuição dos pacientes de acordo com a causa do coma de jan. - dez. 2009

CAUSA DO COMA	Nº	%
HIDROCEFALIA	1	3%
AVC ISQUEMICO	1	3%
TRAUMA CRANIO ENCEFALICO	3	9%
TUMOR CEREBRAL	6	19%
AVC HEMORRAGICO	21	66%
TOTAL	32	100%

Fonte: Formulário II do anexo V da portaria 2600/2009 do MS/SAS/DAE/CGSNT da CIHDOTT do HGRS.

Pode-se observar, a partir das fichas de internação dos pacientes, que 50% dos protocolos foram realizados em unidades que não dispunham recursos físicos, humanos e materiais adequados para a condução do protocolo. (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição das unidades de internação dos pacientes com protocolos de ME abortados no período de janeiro a dezembro de 2009.



Fonte: Formulário II do anexo V da portaria 2600/2009 do MS/SAS/DAE/CGSNT da CIHDOTT do HGRS.

A partir do levantamento da data de abertura dos protocolos e dos atestados de óbitos, identificou-se que 17 pacientes levaram 24 horas para evoluir com parada cardio

respiratória, enquanto a média dos outros 15 pacientes foi de 54 horas.

Com relação aos fatores que intervieram na condução do protocolo de ME, observou-se na leitura da evolução clínica dos prontuários e na leitura do livro de registro da CIHDOTT/HGRS que as principais implicações para a condução do protocolo de ME estavam ligadas a: demora/falta do exame complementar gráfico (16%); problemas relacionados a logística da unidade de internação do paciente(16%); e instabilidade clínica do paciente(25%). Vale salientar que 43% dos pacientes apresentaram mais de um fator associado.

4.5 A PERCEPÇÃO DOS MEMBROS DA CIHDOTT SOBRE O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS NO HGRS:

O perfil desse grupo teve como características básicas: 04 homens e 04 mulheres com idades entre 36 e 60 anos, 04 casados, 02 divorciados, 01 solteiro e 01 em união estável. Com relação a formação encontramos 06 enfermeiros, 01 médico e 01 psicóloga, os quais 07 tem vínculo permanente e 01 é funcionária da CONDER, em regime de CLT, a disposição do HGRS .

Os profissionais em análise tinham em média 16 anos de serviço no HGRS e 04 anos de atividades na CIHDOTT/HGRS, todos possuíam experiência em terapia intensiva, emergências e no manejo de pacientes críticos e, por isso, foram os selecionados para compor a referida comissão.

Com relação à formação no processo de doação de órgãos e tecidos, os 100% dos entrevistados afirmaram possuírem capacitação específica fornecida pela CNCDO e pela ABTO.

A análise realizada foi pautada pela definição de categorias com as quais se buscou relacionar o princípio do SUS da integralidade e a política local de transplantes, as categorias definidas como orientadoras da análise foram: atenção a saúde, acolhimento/vínculo, informação/desconhecimento.

4.5.1 Categoria Atenção à Saúde

A dimensão referida ao adotar a categoria atenção à saúde relaciona-se a organização dos serviços de saúde, englobando a estrutura em relação aos recursos

humanos, materiais e tecnológicos necessários durante o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.

O processo de implantação da CIHDOTT/HGRS de acordo com a fala dos sujeitos foi marcado por vários entraves, os membros da comissão não dispunham de carga horária suficiente para o desenvolvimento das ações referentes ao processo de doação, visto que acumulam outras funções dentro de suas unidades de saúde, não possuíam área física definida e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos e não dispunham de material e treinamento adequado para o exercício da função. Dentre os depoimentos destacaram-se:

Foram muitas dificuldades, desde a organização da comissão, porque num primeiro momento a gente não tinha dedicação exclusiva, todos os profissionais tinham outras atribuições relacionadas a prática profissional de cada um, enfermeiro, médico, psicólogo e assistente social. A gente tinha dificuldade até para marcar um horário de reunião para elaborar estratégias, de busca ativa, de como a comissão iria funcionar, tínhamos dificuldades para reunião, dificuldade para guardar material, de inserção nesse contexto nessa cultura hospitalar, de encontrar um lugar para ocupar [...]. (E2).

[...] você lidava com situações que eram novas para toda a equipe, você tinha que conhecer toda a legislação e a gente só passou a conhecer no momento que veio para a equipe, a gente precisou estudar mais se dedicar mais a questão dos transplantes, em dados estatísticos, em publicações disponíveis e o próprio dia a dia nas entrevistas com as famílias fez a gente aprender coisas novas ,que não vê no livro (E3).

De acordo com os sujeitos, o período de constituição da CIHDOTT/HGRS foi marcado por varias frentes de trabalho. A primeira relacionada à conquista de recursos humanos e materiais para a execução das ações; e a segunda, pelo desenvolvimento do processo de doação no referido hospital. O desenvolvimento do processo de doação foi iniciado com a capacitação e a sensibilização de profissionais da unidade, observando o depoimento de E1, identificou-se que essas ações foram estratégicas para a condução do trabalho:

[...] as equipes de assistência das unidades de terapia intensiva e emergência, não via a CIHDOTT como alguém que estava ali para garantir que o processo fosse feito de uma forma viável dentro do que preconiza a legislação. Foi necessário que nós fizéssemos uma mobilização no sentido de sensibilizar, treinar, capacitar esses funcionários que uma vez entendendo o processo pudessem colaborar com a realização do mesmo. (E1)

O estabelecimento de rotinas, a definição de fluxos e a articulação com setores que para formação de parcerias, foram importantes para a tomada de posição da CIHDOTT dentro do hospital, pois essas ações demonstraram a seriedade do trabalho e a necessidade de efetivação do serviço.

[...] o reconhecimento de se firmar como comissão, foi até o momento que um diretor começou a disponibilizar um espaço, que no primeiro momento foi uma sala pequena na UTI e a partir daí fomos conquistando espaços, enfim fomos caminhando, depois veio à dedicação exclusiva (E2).

A partir do momento que a unidade passou a oferecer recursos humanos e materiais a CIHDOTT, ela passou a desenvolver um trabalho sistematizado com a implantação da busca ativa para identificação de potenciais doadores e validação do processo verificação de ME. Além disso, a comissão definiu as bases do acolhimento e da entrevista familiar dos potenciais doadores identificados.

Após 06 anos de funcionamento a CIHDOTT, apesar de ter avançando em vários aspectos tais como: estrutura; recursos humanos; formação técnica; e acadêmica, a comissão ainda enfrenta vários problemas relacionados ao baixo numero de captações que não refletem o potencial de doações do HGRS.

Os sujeitos indicam em suas falas vários fatores que dificultam a efetivação do processo de doação de órgãos e tecidos no referido hospital. Com relação ao processo de captação de tecidos, alguns fatores são identificados como entraves, o mais citado pelos sujeitos é a não notificação do óbito pela equipe de assistência a CIHDOTT, conforme relatam os entrevistados:

Um dos principais fatores do baixo número de abordagens para doação de córneas é a não notificação dos óbitos por parte das equipes que deveriam fazê-lo, no caso o apoio e o serviço social, porque são esses os setores que muitas vezes são os primeiros a serem comunicados da ocorrência de um óbito no hospital, então muitas vezes eles recebem essa informação e acabam não passando para gente, em tempo hábil e quando a CIHDOTT durante a busca ativa toma conhecimento do óbito, muitas vezes a família já não se encontra mais no hospital e quando retorna já chega com o serviço funerário e dificulta abordar a família nesse momento. (E1)

[...] a CIHDOTT não é comunicada do óbito, quando a família chega não há tempo hábil para entrevista-la, a equipe está distante da unidade dos óbitos, muitas vezes o paciente entra em óbito em 24 horas de internação e não tem exames, causa conhecida do óbito, temos pacientes sem responsável legal (E8).

Ainda com relação ao baixo número de abordagens para doação de córneas, os entrevistados apontaram o perfil epidemiológico dos pacientes que evoluem para óbito, como fator limitantes para abordagem:

Um dos fatores é a questão da contra indicação, a gente não aborda por conta da contra indicação, aqueles óbitos que escapam da nossa abordagem, que poderiam ser abordados, tem a ver com a informação, da notificação a CIHDOTT. (E3)

As infecções de modo geral, a falta de notificação do óbito a CIHDOTT, a estratégia da sala longe da EME, a idade avançada dos pacientes com PCR, dentre outros (E5)

Nossa estatística de óbitos é uma realidade diferente dos outros hospitais, em torno de 40% dos óbitos encontram-se em septicemia, registrado em atestado de óbito, então essas famílias desses pacientes com sepse não podem ser entrevistadas, aí entra na questão o paciente que tem sepse está sendo tratado com antibióticos, mas aí você não tem os exames, a cultura desse pacientes, você não sabe o foco infeccioso, então discutir abordagem de paciente com sepse é preciso muita cautela e muito cuidado. (E8).

A faixa etária também foi citada como outro fator que interfere no número de abordagens visto que mais de 25% dos óbitos do HGRS são de pacientes acima dos 70 anos.

[...] nossos pacientes têm uma faixa etária acima dos 70 anos, antes nos entrevistávamos, mas há dois anos o Banco de Olhos só permite a entrevista de pacientes até 70 anos, depois dos 70 anos a gente perde vários pacientes (E8).

O processo de captação de tecidos no HGRS sem dúvidas encontra sérias dificuldades para se efetivar, devido à precariedade da assistência oferecida pelo hospital, a falta de profissionais, a desqualificação do cuidado, dentre outros.

[...], procedimentos que precisam ser realizados com urgência, pela demora perdem o caráter de urgência, uma série de fatores, o paciente muito tempo na maca, o certo seria ser drenado para uma unidade específica, clínica médica, ou unidade que pudesse acolher melhor esse paciente e direcionando para um tratamento mais rápido possível, entretanto, devido à demanda essa situação nem sempre é possível, gerando insatisfação (E5).

Entretanto, foi no processo de captação de órgãos que os entraves se tornaram mais evidentes. Uma questão importante a ser destacada foi a dificuldade de o HGRS prestar assistência ao paciente crítico, exigindo da CIHDOTT rotinas diferenciadas de acordo com a unidade de internação do paciente.

Faltam mais recursos, não temos leitos hospitalares, a demanda é muito grande, os pacientes têm dificuldade de acesso, a assistência não é integralizada, é necessário melhorar muito a assistência, acredito que o paciente melhor assistido e tendo acesso ao leito, as famílias ficariam mais a vontade para se expressar em relação à doação de órgãos (E8).

Na unidade de reanimação da emergência, que deveria ser uma zona intermediária para pacientes críticos, com necessidade de internação em leito de UTI, a assistência é deficiente, visto que o número de pacientes é superior à capacidade física e estrutural da unidade. Essa questão impacta diretamente no processo de doação, conforme relataram os entrevistados:

Os motivos da recusa são variados os mais comuns, é o descontentamento do atendimento recebido, então a gente nota que muitas famílias são atendidas de forma precária na EME, muitas vezes o paciente chega com um quadro grave, que demora muito para ser transferido para a unidade específica, onde poderia receber os cuidados necessários, aí muitas vezes quando o paciente agrava é que ele passa a receber esses cuidados, isso gera por parte da família um descontentamento muito grande, porque eles ficam com a sensação que não foi feito tudo que eles poderiam fazer para salvar os pacientes (E1).

Neste setor, o plantonista além de identificar o paciente com suspeita de ME, participa intensamente da manutenção do potencial doador, orienta os procedimentos relativos ao diagnóstico, acolhe a família e viabiliza todo o processo do protocolo de ME.

Além da oferta insuficiente de leitos de terapia intensiva o HGRS tem problemas ligados ao diagnóstico de ME, apesar da legislação exigir que a unidade de saúde onde o paciente com suspeita de ME encontra-se internado, providencie os recursos necessários para a execução do diagnóstico de ME.

Entretanto, o HGRS, apesar de ser referência em neurocirurgia, possuir UTI adulto e infantil e ser o maior hospital geral do Estado da Bahia, depende da CNCDO/BA para o desenvolvimento do protocolo de ME. Esse protocolo depende de duas avaliações clínicas e um exame gráfico, a primeira avaliação é feita pelo plantonista da unidade de internação, conforme relatam E1 e E5:

[...] normalmente com os intensivistas da EME e da terapia intensiva nós não temos dificuldades, porque já são capacitados, então eles abrem o protocolo. [...] (E1).

A primeira avaliação nós temos quase 100% de efetivação, mas quando chega na segunda avaliação que nós dependemos da CNCDO, para que traga o neurologista, existe um retardo e nem sempre concluímos esse protocolo (E5).

Segundo a legislação, a segunda avaliação clínica deve ser realizada por um neurologista e apesar do HGRS ser referencia em neurocirurgia, depende de um neurologista que é plantonista da CNCDO, para realização dessa avaliação. Esse fato dificulta o andamento do processo, conforme relatam nossos entrevistados:

[...] quando a gente necessita de um neuro para fazer a segunda avaliação clínica, isso incita um grande problema porque a central também dispõe de poucos profissionais para realizar esses procedimentos, no caso só são três neurologistas para esse objetivo e eles não tem dedicação exclusiva, o que dificulta o processo. Para concluir os neuros da EME, nos somos referencia para neurologia, se recusam a fazer o exame, não são todos, mas em sua maioria, alegando que existem, na central, profissionais que ganham para esse fim e, portanto, eles não têm obrigação de fazer [...] (E1).

[...] mas quando chega à segunda avaliação que nós dependemos da CNCDO, para que traga o neurologista, existe um retardo e nem sempre concluímos os protocolos (E5).

Esse aspecto este bem definido tem dois gargalos, o primeiro é o neurologista que se nega a fazer a avaliação clínica do protocolo e o segundo é o hospital não ter meios diagnósticos, então a gente fica refém da central de enviar o Doppler e o eletro, como também o laudo (E8).

As questões apontadas pelos sujeitos exemplificam o que foi descrito por Moraes e Massarollo (2009) como fatores de ordem socio-organizacional que dificultam o processo de doação de órgãos.

As dificuldades não se restringem as avaliações clínicas, elas estão presentes em todas as fases, comprometendo a continuidade do processo. A demora na realização do exame gráfico complementar prejudica o desenvolvimento dos protocolos de ME.

Um fator primordial é a demora para fechar esse protocolo, a demora ocorre primeiro na realização do exame complementar, quando nos abrimos o protocolo que notificamos a CNCDO, via telefone, nós passamos a informação para eles via fax da EME e solicitamos a realização do exame complementar que na maioria das vezes é o EEG, mas pode ser feito o Doppler transcraniano, que tem consigo uma dificuldade importante, pois só pode ser realizado por um médico especialista enquanto que o EEG, pode ser feito por um técnico mas a grande dificuldade é que a central só dispõe de um técnico que não tem dedicação exclusiva, ele trabalha na central por meio período, então no outro período nós ficamos descobertos e muitas vezes aguardando que o exame seja realizado no dia seguinte. Acontece também que muitas vezes o técnico é deslocado para o interior do estado para realização de exames nessas regiões atrasando muito dos nossos protocolos (E1).

[...] o exame complementar, tipo EEG, só há 01 técnico para realização desses exames, que se desloca para vários lugares, então o que poderia ser fechado em 24 horas, às vezes são fechados em 48 horas e às vezes nem é fechado (E5).

[...] a gente demora muito para fechar um protocolo que poderia ser fechado no prazo máximo de 30 horas, as vezes se estende por 42 até 72 horas e isso dificulta, porque o paciente com morte encefálica ele tende a apresentar algumas alterações

metabólicas graves e de difícil reversão, então você perde a janela, o tempo apropriado para realizar esse procedimento, o paciente tende a evoluir com sepse, com alterações metabólicas, alterações cardiovasculares importantes, então a gente abre o protocolo e não consegue fechar, porque a gente perdeu o que no nosso meio costuma chamar de janela que um tempo para poder fazer esse protocolo [...] (E1).

[...] os fatores que dificultam a doação é se você não fecha o protocolo em tempo hábil, você perde a janela e não consegue entrevistar a família (E8).

[...] o atraso para a comissão agilizar o processo e fazer com que ele aconteça de acordo com o que existe em lei, dificulta o processo, porque a família vai se desgastando ao longo dos dias, de tanto esperar, de tanto aguardar, os impasses vão aparecendo ao longo do processo (E2).

O processo de doação de acordo com as falas dos entrevistados reitera o que foi descrito por Sadala (2004), porque os impasses envolvidos tornam o processo desgastante e traumático a família.

4.5.2 Categoria Acolhimento e Vínculo

Na busca prévia pelos conceitos atribuídos aos termos acolhimento e vínculo, recorreu-se a alguns dicionários de língua portuguesa, a fim de verificar concordância, além de observar o nexos lexical.

No Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa, o termo acolhimento está relacionado ao "ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho". O termo acolher significa: "dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber: atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a". O vocábulo vínculo é "tudo o que ata, liga ou aperta; ligação moral; gravame, ônus, restrições; relação, subordinação; nexos, sentido".

No Dicionário Houaiss, o termo acolhimento não existe, porém acolher significa "oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico. Ter ou receber (alguém) junto a si. Receber, admitir, aceitar. Dar crédito, levar em consideração". O termo vínculo é definido como "aquilo que ata, liga ou aperta: que estabelece um relacionamento lógico ou de dependência, que impõe uma restrição ou condição".

É interessante notar que os sentidos atribuídos às palavras não se correlacionam diretamente às questões de saúde, mas pode-se identificar alguns de seus significados, como: "atenção, consideração, abrigo, receber, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir,

aceitar, tomar em consideração, oferecer refúgio, proteção ou conforto físico, ter ou receber alguém junto a si", atributos de atenção integral à saúde, enfim, da integralidade.

Assim, os valores implícitos nessas palavras permitem realizar diferentes aproximações com as distintas produções sobre o tema, em particular com os documentos institucionais, como aqueles produzidos pelo MS que descrevem os objetivos da política de humanização.

A humanização das práticas da saúde, o estabelecimento de um vínculo entre profissionais de saúde e a população, pressupõe o reconhecimento da saúde como direito de cidadania.

A categoria acolhimento e vínculo uniu uma série de falas que demonstraram a importância do estabelecimento de relações de respeito, dignidade e atenção entre o usuário, profissional e o serviço de saúde. Estas relações precisam ser ampliadas, sobretudo nas situações que envolvem pacientes terminais e pacientes com diagnóstico de ME, nas quais a família vivencia um contexto de sofrimento, dor, revolta, angústia, medo, dentre outros sentimentos.

A formação dos profissionais de saúde ainda está fortemente influenciada pelo privilégio da competência técnica, muitas vezes não ocorre o desenvolvimento de habilidades profissionais que venham favorecer as práticas que garantam o cuidado, o acolhimento e o vínculo, estas baseadas na valorização da subjetividade inerente ao processo de cuidar. Com essas afirmações não se pretende defender a habilidade em detrimento da técnica, mas a união entre elas.

O trabalho na área de doação de órgãos é uma construção permanente, cotidiana, constituindo-se em um desafio, enfrentado por todos profissionais da unidade. Nessa perspectiva, exige-se a constituição de um espaço de complementaridade entre os conhecimentos, de escuta e de fala de diferentes atores, visando à efetividade da política em questão.

Nas atividades que envolvem doação - transplante urge a necessidade da reciprocidade da comunicação e de trocas de diversos saberes e práticas, a fim de se superar a predominância por procedimentos técnicos, em detrimento das ações de humanização na assistência ao paciente e a família.

A ausência ou fragilidade das ações de acolhimento e vínculo junto às famílias dos pacientes podem constituir fatores geradores de resistência e de comprometimento à doação de órgãos.

[...] a forma como o paciente é atendido na unidade é importante, se ele tem uma boa assistência, a família se sente acolhida, se sente bem atendida ela pensa melhor sobre doação e na possibilidade de ajudar outras pessoas.[...] (E3).

O próprio relatório da CNCDO confirma a taxa de mais de 60% de negativa familiar na Bahia, isso reflete não a falta de solidariedade, mas uma forma de dizer não a assistência prestada nos hospitais (E8).

As famílias falam algo relacionado ao tratamento recebido, mas não no momento do protocolo, mas em um momento anterior fornecido pelo sistema de saúde, antes desse momento a família já sofreu muito o impacto da falta de acolhimento [...] (E2).

A humanização do processo de doação de órgãos é um dos grandes desafios para o transplante diante de sua complexidade, das situações de conflito, da situação precária em que se encontra o sistema de saúde e da falta de condições para oferecer um atendimento adequado ao potencial doador de órgãos. Ela pressupõe a promoção do cuidado integral por parte da equipe de saúde, através da viabilização de informações e esclarecimentos adequados, agilização do processo de doação e continuidade da assistência a família após a doação.

4.5.3 Categoria Informação e Desconhecimento

A doação de órgão é um processo complexo e que envolve uma série de etapas. As equipes transplantadoras vêm enfrentando uma série de fatores que limitam o número de doadores, sendo eles: a escassez de doadores de órgãos, a não realização dos exames complementares de confirmação de ME, a inadequada manutenção do potencial doador, a desqualificação do cuidado e a recusa familiar.

A recusa familiar está relacionada a vários fatores, principalmente à falta de informação sobre a doação e transplante. Uma das principais razões para os familiares recusarem a doação de órgão, é o desconhecimento do desejo de seu familiar em ser doador. Infelizmente uma grande parte da população não decide pela doação dos órgãos em vida, e mesmo quando fazem não comunicam aos seus familiares.

O que favorece a doação, a família aceitar, é conhecimento prévio do desejo do falecido, quando o indivíduo em algum momento de sua vida, falou sobre doação, nem que seja de sangue, a família tende a aceitar a doação. Quando o doador nunca falou nada sobre o assunto, a gente percebe que a família nega por esse desconhecimento (E4).

Uma questão importante a se pontuar é o desconhecimento do desejo do potencial doador, as famílias alegam que por não conhecer o desejo do potencial doador,

ficam na dúvida se de fato essa era a vontade da pessoa, o que enfatiza a importância de mais campanhas em que as pessoas informem a sua família sobre esse assunto (E1).

Os fatores que favorecem é a pessoa quando manifesta em vida o desejo de ser doador, isso facilita a questão da doação, pois a família atende ao pedido do falecido (E7).

[...] uma boa parte da população não expressa para sua família se é doador ou não, frente a morte encefálica a gente não sabe a opinião do doador, conseqüentemente a família vai se posicionar favorável a opinião do doador, mas se não sabe a opinião eles ficam indecisos e não assumem a doação. É necessário que todas as pessoas expressem seu desejo em vida, para que numa fatalidade dessas a família possa apoiar a opinião do doador (E8).

Ao analisarmos essas falas que explicitam o desconhecimento do desejo do potencial doador com relação à doação, retomamos o pensamento de Áries (2003) no que diz respeito à ausência do diálogo sobre a morte, onde a discussão sobre esse fenômeno inerente a condição humana é restringido dos diálogos cotidianos.

De acordo com Meneses (2009), a falta de diálogo sobre a morte deve ser entendida dentro de um contexto histórico-cultural. Na sociedade contemporânea existe uma grande valorização da vida e pouco espaço para falar ou pensar sobre a morte.

A morte é um fenômeno cultural e biológico complexo, como relata Santos (2009), ela precisa ser entendida a partir de todos os eventos que abarcam a vida. Nesta perspectiva a família no momento delicado da perda, vulnerabilidade e negação tem dificuldades em compreender as informações complexas que são dadas a respeito do processo de doação.

Neste contexto complexo, a família tem um curto espaço de tempo para assimilar o conteúdo informativo e tomar a decisão sobre a doação. Em geral as informações sobre transplantes discutem a importância do ato de doar órgãos, entendido como gesto altruísta e solidário, porém não são viabilizadas informações concretas sobre as etapas do processo de doação, as orientações éticas e legais que norteiam esse processo, bem como os resultados efetivos dos transplantes.

A fragilidade das informações veiculadas pelos grandes meios de comunicação como o rádio e a televisão, ou até em outras formas de comunicação são insuficientes e não permitem a sociedade criar conceitos positivos a respeito da temática, ocasionando dúvidas para a tomada de decisão da família quanto a doação.

[...] existe muita propaganda negativa sobre a doação de órgãos, quase todos os filmes que existem mostram sempre o lado negativo da doação, o lado da ilegalidade, isso leva que o imaginário popular pense que sempre será algo negativo para a família, que existe venda de órgãos, ou que o transplante só beneficie pessoas ricas e brancas [...] (E4).

A falta de conhecimento em torno do processo de doação transplante, dos princípios éticos e legais, bem como dos resultados da efetividade dos transplantes realizados, parecem demonstrar que a política de comunicação implementada pelo SNT não tem conseguido atingir seus objetivos.

Penso que a política de transplantes, ela não tem dado o incentivo necessário a população com campanhas sobre doação, acho que é muito pouco a campanha de doação e principalmente a qualidade da campanha, pelas últimas campanhas que vivenciamos e que foram publicadas na mídia em geral, elas não foram claras o suficiente para esclarecer sobre o processo de doação (E3).

[...] a política deve ser revista, não dá para fazer só mídia na época da campanha da doação, é preciso fazer atividades para a população e para os profissionais de saúde (E7).

Essa realidade demonstra o que foi apontado por Santos e Massarollo (2005), com relação a necessidade da construção de campanhas que explicitem os diversos conteúdos pertinentes ao processo de doação de órgãos e não somente assuntos ligados a questões altruístas.

A crescente recusa familiar para doação de órgãos e as dúvidas com relação a todo o sistema de transplantes, demonstram que essa política de comunicação não está sendo desenvolvida de modo a elucidar, amparar e facilitar o processo de decisão das famílias. Esta situação não está em consonância com a legislação vigente sobre doação de órgãos, visto que a referida legislação estabelece diretrizes operacionais para a publicização da questão dos transplantes.

Aliados a esse panorama soma-se o reduzido conhecimento dos profissionais de saúde sobre doação transplante, sobre o conceito de ME uma vez que, de uma maneira geral, eles não receberam capacitação adequada no processo de formação, bem como na vida profissional.

[...] a gente precisa de um fluxo de comunicação dos óbitos, a gente tem a notificação de morte encefálica porque fazemos a busca ativa, tem dificuldades na manutenção dos potenciais doadores, e o desconhecimento dos profissionais de como funciona a legislação, como aqui nos temos como se fosse um pêndulo, ou seja, entra um grupo de profissionais e sai outro grupo, isso dificulta a parte da educação continuada, porque dificulta que os profissionais novos conheçam o processo e façam o trabalho da maneira adequada como a gente precisa (E4).

Também um pouco de dificuldade ainda de compreensão por parte de alguns funcionários da equipe do processo de doação, então muitos por não compreenderem acabam falando sobre o processo de doação com a família antes mesmo de fechar o protocolo, o que faz com que as famílias vejam o processo com

alguma desconfiança, o que já aconteceu várias vezes com alguns médicos que já falaram com algumas famílias antes de fechar o protocolo (E1).

Frente esta realidade, faz-se necessário que o Estado considere a educação em transplantes como uma demanda real, que deve ser incluída nas atividades educativas dos programas de saúde do governo e nas políticas de cuidados com a saúde. A sociedade precisa ser estimulada a discutir sobre a temática de doação de órgãos em outros espaços, fora de uma situação de crise causada pelo impacto da perda de um familiar.

É necessária a veiculação de campanhas que atue sobre o esclarecimento da população, sobre o conceito de ME e, especialmente, que incentive mais pessoas a manifestar o desejo de ser doador e discutir sua decisão com a família.

Outro aspecto importante que precisa ser observado é a garantia da formação adequada para os profissionais de saúde. Isto requer implementação de medidas educacionais voltada para os estudantes das diversas áreas de saúde e capacitação para os profissionais que atuam nas unidades de saúde.

Modificar a realidade existente implica em desenvolver programas planejados dentro de um processo educativo contínuo, respaldado por referenciais teóricos que permitam alcançar todos os segmentos da comunidade.

4.6 A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS NO HGRS

A análise realizada com os profissionais de terapia intensiva visou entender como se estabelece a relação da CIHDOTT no processo de doação, identificando sua importância e/ou limitações.

O perfil deste grupo teve como características básicas: 3 homens e 5 mulheres com idades entre 31 e 52 anos, 07 solteiros e 01 divorciado. Com relação à formação encontrou-se 02 enfermeiros, 02 médicos e 02 assistentes sociais e 02 fisioterapeutas dos quais 06 tinham vínculo permanente, 01 é cooperativado e 01 pessoa jurídica.

Os profissionais tinham em média 6 anos de serviço no HGRS e 05 anos de atividades na UTI/HGRS, onde 80% dos entrevistados afirmaram que trabalhar com pacientes críticos foi uma opção sua.

Com relação ao processo de doação de órgãos e tecidos, 100% dos entrevistados conheciam a CIHDOTT do HGRS e participaram de um protocolo de ME.

Conheci a CIHDOTT através de uma capacitação e pela ida diária da comissão a UTI em busca de potenciais doadores. (EA)

Na realidade eu já conhecia os profissionais envolvidos, além disso, através da visita dos membros da CIHDOTT na unidade onde eu trabalho, acabei conhecendo a comissão e o processo de doação implantado aqui no hospital. (EB).

Os profissionais da CIHDOTT procuram a gente, quando querem fechar o protocolo. Eles procuram o fisioterapeuta para perguntar se o paciente tem drive respiratório, tem reflexo de tosse, se está interagindo, então foi assim que eu comecei a conhecer o serviço. (ED)

Desses totais de entrevistados, 50% já participaram de capacitação sobre o processo de diagnóstico de ME e/ou manutenção do potencial doador e 80% disseram conhecer os objetivos da CIHDOTT. Na fala dos entrevistados, foi possível perceber que a noção que os referidos têm sobre os objetivos da CIHDOTT está relacionada à doação e a captação de órgãos. Com relação à importância da referida comissão, todos os entrevistados ratificaram a importância do trabalho dessa comissão no processo de diagnóstico de ME.

A especialização técnica são profissionais competentes, que tem um conhecimento técnico aprofundado a respeito disso, que traz para gente que está na linha de frente, mais subsídios para poder intervir junto à família (EA).

Se não tiver esse vínculo com a CIHDOTT não tem como abrir o protocolo, não tem como ver a possibilidade de doação, de fechamento, não tem como viabilizar o processo (EB).

Além de fazer todos os exames no paciente, eles têm o papel de orientar a família sobre o estado do paciente e as possibilidades; esclarecer a família o quadro e o que vai acontecer se o paciente se tornar um doador (EE).

A importância é total, porque sem essas equipes não haverá captação de órgãos, e conseqüentemente não vai haver transplantes de órgãos e os pacientes que estão nas filas vão acabar não resistindo, é o começo de todo esse processo (EF).

É fundamental, porque desde a CIHDOTT trabalha desde a família até o fechamento do protocolo, fiscaliza a equipe quanto a realização de exames, enfim é fundamental no processo (EF).

Com relação ao papel desenvolvido pelos profissionais durante o protocolo de ME, percebeu-se que esse papel se limita a realização de suas funções específicas. Observou-se um fracionamento dessas ações, cada um executa sua tarefa técnica e não se compromete com o resto do processo.

Minha função foi acolher a família, explicar junto com outro membro da CIHDOTT como é o processo, para que fique bem transparente, bem claro, como era todas as etapas do processo, deixando bem claro que somos solidários independentes da resposta final sobre doação de órgãos ou não (EF).

Eu avaliei a parte respiratória para saber se o paciente tinha drive respiratório ou não (EE).

Basicamente a minha função foi de viabilizar os exames, procurar os materiais necessários e fazer a ligação do setor e da equipe de captação (EC).

Com relação à dinâmica estrutural do processo de doação, 70% dos entrevistados afirmaram que o HGRS não oferece os recursos necessários para a realização do protocolo de ME.

Nós temos muito déficit até no tempo que nós poderíamos estar atuando nesse paciente, que leva muito tempo e não se fecha, por questões administrativas, por coisas pequenas (ED).

É a maior dificuldade para conseguir o neurologista, o exame complementar que é super difícil de fazer empatia muito (EG).

O hospital até que tenta, mas nós temos nossas limitações, os recursos do hospital são limitados, quando tem a necessidade de aquecer o paciente, muitas vezes o aquecedor quebra e fica um bom tempo sem fechar o protocolo por conta de hipotermia, ou por conta de EEG que quebram então a gente fica deficiente nesse sentido, demorando muito para fechar o protocolo (EC).

As falas dos entrevistados coadunam com os dados apresentados e com as questões apresentadas pelos membros da CIHDOTT, visto que a falta de estrutura da unidade prejudica o andamento dos protocolos de ME, os quais se arrastam por dias, acarretando prejuízos a própria unidade de saúde e o desgaste das famílias que vivem momentos de stress pela ineficácia do Estado.

Outro aspecto importante a ser destacado é a percepção que o profissional de saúde tem da família durante o processo do diagnóstico de ME. Os referidos identificaram em suas falas, que a família traz sentimentos como angústia medo, ansiedade, dentre outros. Esses

sentimentos aliados à falta de informação, a má qualidade do atendimento, o desconhecimento do conceito de ME e do processo de diagnóstico de ME acarretam ao processo um grande desgaste emocional para as famílias e um stress para a equipe da unidade, que não está preparada para lidar com essas questões.

A família passa primeiro pelo susto da suspeita de me, depois que passa essa fase do susto, ela fica insegura porque não conhece o processo e não acredita que o Estado possa dar um bom encaminhamento para esses órgãos (EA).

Quando é um paciente crônico a família aceita melhor, mas quando é um paciente agudo é um processo muito difícil e exige muita habilidade do médico, a família não entende muito o fato do paciente esta vivo e esta morto, do processo de morte encefálica (EH).

Acho que a população ainda não entende a importância de doar órgãos, ela fica assustada com o fato de encarar a morte encefálica e possibilidade de salvar outras vidas com a doação (EE).

Uma questão importante a ser destacada é que alguns profissionais em suas falas não se sentem responsáveis pelo acolhimento dessas famílias, eles remetem a CIHDOTT essa responsabilidade, visto que eles associam que sua função é especificamente ligada a condução do protocolo, enquanto a CIHDOTT deve ser responsável por acolher e orientar a família sobre as etapas do processo.

Na realidade o contato que nos temos com a família é muito pouco, quando eles aceitam participar do processo, eles vem na unidade, e a CIHDOTT e o medico plantonista já fez todo o processo de esclarecimento a família. (EB).

Nós temos pouco contato com o familiar, por outro lado a gente ver que tem familiares que não tem a informação correta sobre o que é um protocolo de morte encefálica, sobre o que é morte encefálica, enfim as vezes as gente tenta desmitificar que vai querer antecipar a morte do paciente porque tem algum interesse por trás, porque já vem embutido na cabeça da população, esse tipo de informação, por conta das coisas que já aconteceram na historia , há pouco tempo a gente viu uma entrevista no jornal nacional sobre médicos que vendiam órgãos há duas décadas atrás, então isso traumatiza as pessoas, principalmente um familiar que tem um parente hospitalizado prestes a falecer.(EC)

Diante destas questões pode-se entender que a CIHDOTT do HGRS têm uma dinâmica de trabalho estabelecida na unidade, que os entrevistados conhecem e acham relevante o seu trabalho. Entretanto, apesar de 50% dos profissionais dessa unidade já

terem passado por capacitações e participado de protocolo de ME, eles não conhecem a dinâmica do processo, vêem a CIHDOTT como o responsável pela realização do protocolo de ME e se colocam como agentes complementares ao processo.

Esse fato traduz estranheza visto que, pela legislação, os profissionais das unidades de terapia intensiva devem ser responsáveis pela condução do protocolo de ME e as comissões devem supervisionar o processo.

Na UTI do HGRS, ocorre justamente o contrario, os profissionais colaboram com o processo, mas não se sentem responsáveis por estes.

Junto com a enfermeira da CIHDOTT e junto com o médico auxiliei no que foi preciso. Normalmente o enfermeiro da CIHDOTT vem na unidade e disponibiliza todo material, minha função é organizar todo material junto ao paciente na unidade, porque a própria enfermeira da CIHDOTT faz todos os outros papéis. (EB)

Seguindo essa linha de discussão inferi-se que a CIHDOTT ao mesmo tempo em que implantou rotinas e normas para execução da identificação do potencial doador e da execução do protocolo de ME na UTI, ela assumiu funções que não lhe diziam respeito.

Essa questão talvez possa ser explicada pela falta de informação dos profissionais da unidade, pela vontade de iniciar e sedimentar o trabalho no hospital, o que fez a CIHDOTT no primeiro momento assumir essas funções, dentre outras situações. O que fica evidente é que apesar de transcorridos 06 anos de efetivação dessa comissão, ela ainda continua responsável por ações pertinentes a equipe de assistência.

A CIHDOTT conseguiu se legitimar enquanto uma comissão especializada, sendo respeitada pelos profissionais dessa unidade. Entretanto, suas ações ainda não foram capazes de mobilizar os profissionais de saúde para a tomada de posição em favor do processo de doação, visto que os profissionais de saúde não se colocam como agentes no processo e sim como partícipes de mais uma atividade com pacientes terminais da UTI.

CONCLUSÕES

A realização deste estudo nos proporcionou a compreensão de um conjunto de fatores que condicionam o processo de doação de órgãos e tecidos no Hospital Geral Roberto Santos, o que nos possibilitou a consecução dos objetivos. Fazemos esta alusão baseando-nos na relação que estabelecemos entre os pressupostos teóricos e os resultados da pesquisa realizada.

A doação de órgão é um processo complexo e envolve uma série de etapas, nesse sentido a CIHDOTT do HGRS enfrenta uma série de fatores limitantes, devido à própria estrutura de saúde do Estado e a organização do programa de transplantes na Bahia. A partir da análise dos resultados desta pesquisa, identificamos os fatores que interferem no processo de doação de órgãos e tecidos do HGRS, eles estão relacionados a:

- Estrutura hospitalar

A não notificação de um óbito de coração parado: indica que os profissionais de saúde da unidade não reconhecem a importância de sua ação profissional no processo de doação. Esse não reconhecimento dos profissionais do seu papel no processo de doação sugere que a CIHDOTT não conseguiu ainda implantar na unidade uma cultura voltada para a doação, apesar das inúmeras ações de sensibilização e educação voltadas para os diversos profissionais de saúde.

A inadequada manutenção do potencial doador: pode ser explicada pelo fato dos profissionais envolvidos no processo em sua formação profissional, não terem tido acesso as informações referentes a esse processo. Outra explicação é a da sobrecarga desses profissionais ligada ao excesso de pacientes críticos internados na unidade.

O número insuficiente de leitos de terapia intensiva: não é um problema exclusivo da unidade, ele permeia todos os hospitais da rede própria de saúde do Estado da Bahia, que não consegue produzir iniciativas capazes de atender a essa crescente demanda.

A desqualificação do cuidado no HGRS: é resultado da atual situação do hospital e do sistema de saúde do Estado, com profissionais sobrecarregados, terceirização de mão de obra, conseqüentemente ocasionando uma variedade de vínculos e relações de trabalho, ineficiência de ações voltadas para educação permanente, desmotivação, ingerência administrativa, dentre outros.

- Política local de transplantes:

Gerenciamento do programa: a demora para a realização dos exames complementares inviabiliza todo o processo de doação, porque se perde o período que se costumam nominar de “janela”, ou seja, o período adequado para confirmação da ME.

Conforme indica a legislação a unidade de saúde onde o paciente está internado, deve ter autonomia para realização do protocolo de ME. Entretanto, a gestão do HGRS não assume tal responsabilidade, transferindo para a CNCDO uma ação decisiva para o processo de doação do HGRS.

A CNCDO, por sua vez, mesmo respaldada pela legislação, não delega ao hospital a responsabilidade pela realização dos exames complementares, assumindo um papel que não compete a Coordenação de Transplantes e que não tem condições de cumprir. Esse fato não é isolado, visto que a CNCDO assume a realização da maioria dos exames complementares do Estado, inclusive os da rede complementar de saúde.

Incapacidade administrativa: Ao assumir ações que deveriam ser realizadas por outros atores no processo de doação – transplante, a CNCDO não utiliza dos instrumentos legais disponíveis para organizar o sistema e delegar responsabilidades aos participantes do processo. Essa incapacidade administrativa sobrecarrega a própria CNCDO que assume funções de terceiros em detrimento de suas funções específicas, preconizadas pela legislação.

Política de comunicação: a falta de conhecimento em torno do processo de doação - transplante, dos princípios éticos e legais, bem como dos resultados da efetividade dos transplantes realizados na Bahia demonstram a ausência de uma política de comunicação eficaz. Em geral as informações veiculadas pelo sistema estadual de transplantes discutem a importância do ato de doar órgãos, entendido como gesto altruísta e solidário, porém não são viabilizadas informações concretas sobre as etapas do processo de doação, as orientações éticas e legais que norteiam esse processo, bem como os resultados efetivos dos transplantes.

- Recusa familiar para doação de órgãos.

As altas taxas de recusa familiar no HGRS estão relacionadas a vários fatores, principalmente à falta de informação sobre a doação e transplante. A fragilidade das informações veiculadas pelos grandes meios de comunicação como o rádio e a televisão no estado, ou até em outras formas de comunicação é insuficiente e não permitem a comunidade criar conceitos positivos a respeito da temática, ocasionando dúvidas para a tomada de decisão da família quanto à doação.

A partir da revisão de literatura, da coleta de dados e da fala dos entrevistados, percebeu-se que o trabalho na área de doação de órgãos vai muito além de recursos

humanos e materiais. Este é uma construção permanente, cotidiana, constituindo-se em um desafio, enfrentado por todos profissionais da CIHDOTT e do HGRS. Entretanto, para compreender melhor os desafios que foram postos para a CIHDOTT do HGRS, é necessário reconhecer que os resultados dessa comissão têm uma origem multifatorial.

O primeiro desafio é definir o HGRS como um espaço na política de transplantes onde se ofertam ações de saúde especializadas, com tecnologias adequadas, cuidados intensivos e articulados com o sistema, para tanto é necessário garantir recursos e investimentos.

O segundo desafio é a humanização do processo de doação de órgãos no HGRS, pois o transplante diante de sua complexidade pressupõe a promoção do cuidado integral por parte da equipe de saúde, com o estabelecimento de um vínculo entre profissionais de saúde e a população, pressupondo o reconhecimento da saúde como direito de cidadania.

O terceiro desafio exige a constituição de um espaço de complementaridade entre os conhecimentos, de escuta e de fala de diferentes atores no HGRS, visando à efetividade da política em questão. Nas atividades que envolvem doação - transplante urge a necessidade da reciprocidade da comunicação e de trocas de diversos saberes e praticas, a fim de se superar a predominância por procedimentos técnicos, em detrimento das ações de humanização na assistência ao paciente e a família.

O quarto desafio diz respeito à formação adequada dos profissionais de saúde, requerendo implementação de medidas educacionais voltadas para os estudantes das diversas áreas de saúde e capacitação para os profissionais que já estão atuando na unidade. É preciso desenvolver habilidades profissionais que venham favorecer as praticas que garantam o cuidado, o acolhimento e o vínculo, estas baseadas na valorização da subjetividade inerente ao processo de cuidar.

Modificar a realidade existente implica em desenvolver programas planejados dentro de um processo educativo contínuo, respaldado por referenciais teóricos que permitam alcançar todos os segmentos da comunidade.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. Relatório final da oficina de trabalho sobre equidade e saúde, Salvador, 2000.
<http://157.86.8.27/artigos/RELAT%C3%93RIO%20FINAL%20-%20EQUIDADE.pdf>. <Acesso em 15 de abril de 2011>.

ÁRIES, P. História da Morte no Ocidente. Rio de Janeiro. Ediouro. 1ª Ed., 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES, Registro Brasileiro de Transplantes, Ano XIV - nº. 02- janeiro/dezembro 2009. Disponível em <<http://www.abto.org.br>. Acesso em 27 fev. 2010.

_____. Registro Brasileiro de Transplantes, Ano XIV - nº. 02- janeiro/dezembro 2010. Disponível em <<http://www.abto.org.br>. Acesso em 15 jun. 2011.

_____. Registro Brasileiro de Transplantes, Ano XV - nº. 03- janeiro/dezembro 2011. Disponível em <<http://www.abto.org.br>. Acesso em 05 março. 2012.

BENDASSOLI, P.F. Percepção do corpo, medo da morte, religião e doação de órgãos. Psicologia: Reflexão e crítica, 2001, 14(1) PP 225-240.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde/ Transplantes. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004 Acesso em 06 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 10.211 de 23 de março de 2001. 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 transplantes, tratamento e dá outras providências. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 06 set. 2008.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

_____. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 06 set. 2008.

_____. Lei nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS - e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 06 set. 2008.

_____. Lei nº. 9434 de 04 de fevereiro de 1997: Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, para fins de transplantes, tratamento e dá outras providências. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 06 set. 2008.

_____. Lei nº. 5.479 de 10 de agosto de 1968. Dispõe sobre a retirada e transplantes de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 14 de ago. 1968. Seção 1, p. 7177.

_____. Lei nº. 4.280, de 06 de novembro de 1963. Dispõe sobre a extirpação de órgãos ou tecido de pessoa falecida. Diário Oficial da União. Brasília, 11 de Nov. 1963. Seção 1, p. 9482.

_____. Decreto nº. 2.268 de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplantes e tratamento, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 01 de jul. 1997. Seção 1, p. 13739.

_____. Portaria nº. 1262 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). Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 20 set. 2009.

_____. Portaria nº. 2.600 de 21 de outubro de 2009. Aprova o regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes considerando as disposições da Lei No- 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, do Decreto No- 2.268, de 30 de junho de 1997, da Lei No- 10.211, de 23 de março de 2001, e da Lei No- 11.521, de 18 de setembro de 2007. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 15 dez. 2009.

_____. Portaria nº. 905 de 16 de agosto de 2000. Estabelece a obrigatoriedade da existência e efetivo funcionamento das Comissões Intra - Hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplantes para cadastramento da unidade de tratamento intensivo do tipo I e II e para a inclusão de hospitais no sistema de referência hospitalar em atendimento de urgências dos tipos I, II e III. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 15 dez. 2008.

_____. 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. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 12 dez. 2008.

_____. Portaria nº 1006 de 27 de maio de 2004. Determina a criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1006.htm>>. Acesso em 02 dez. 2010.

_____. Portaria nº. 2.040 GM de 25 de outubro de 2008: Consulta pública do documento "Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes que Regula as Atividades Técnicas e Operacionais de Captação, Distribuição e Transplantes de Órgãos, Partes e Tecidos.

_____. Medida Provisória nº 1.718 de 06 de outubro de 1998. Acresce parágrafo ao art. 4o da Lei no 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/mp1718.htm>> Acesso em 12 de novembro de 2007.

_____. Medida Provisória nº 1.959-27, de 24 de Outubro de 2000. Altera os dispositivos da Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Disponível em <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/medpro/2000/medidaprovisoria-1959-27-24-outubro-2000-376407-norma-pe.html>>. Acesso em 10 dez. 2008.

BRAVO. MIS, MATOS, MC. Reforma Sanitária e o Projeto Ético Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza, VASCONCELOS, Ana Maria,

GAMA, Andrea de Souza, MONNERAT, Gisele Lavinas (Orgs). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

BURDILES. P.P.R.G.O. Algunas Reflexiones éticas sobre los transplantes de órganos sólidos. Ver. Med. Clin.Condes,2010: 21(2) 315-328.

CARDOSO. A. Responsabilidade civil e penal dos médicos nos casos de transplantes. Belo Horizonte, Del Rey, 2002.

CARMO, D.N. Metodologia científica para principiantes, American Word University Press. 3ª ed., 1996.

COHEN. C.D.B. A doação compulsória de órgãos e os prisioneiros condenados a morte: uma análise sob o ponto de vista da bioética. Revista Bioética, 2011: 19 (2): 383-96.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1246/88. Brasília, 1988. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resoluções/cfm/2006/1805_html . Acesso em 15 de ago 2009.

_____ Resolução nº 1346/91 Brasília, 1991. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resoluções/cfm/2006/1805>. Acesso em 15 de ago 2009.

_____. Resolução nº 1480/1997. Brasília, 1997. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resoluções/cfm/2006/1805_. Acesso em 15 de ago 2009.

_____ Processo- consulta nº 2655/95 e nº 34/95, Brasília, 1995. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1995/34_1995.htm. Acesso em 12 de jan 2010.

DALBEM.GG, CAREGNATO. R.C.A. Doação de órgãos e tecidos para transplantes: Recusa das famílias. Contexto enfermagem, Florianópolis, 19(4), 728-35, 2010

DOMINGUES, AGD; MARINS, JRP. Avanços e desafios do Sistema Único de Saúde em seus 20 anos. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v.34, nº 84, p. 108-118, jan - mar. 2010

ELIAS, N. A solidão dos Moribundos, Rio de Janeiro, Ed. Jorge Zahar, 107 p., 2001.

FONSECA, A.A.M, et al. Políticas territoriais de integração e fortalecimento dos centros urbanos do estado da Bahia/Brasil. Scripta Nova, Revista eletrônica de geografia y ciencias sociales universidad de Barcelona. Vol. XI, núm. 245 (18), agosto, 2007.

FERREIRA. U. (Coord.). Captação de órgãos para transplantes. Campinas, Ed. UNICAMP, 1997.

GARCIA. V.D. et al. A política de transplantes no Brasil. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 50(4): 313-320- out/dez. 2006.

GARCIA. V.D. et al. Políticas de transplantes no Brasil. In: Garcia. V.D, Abbdud Filho .M, Neumann. J, Pestana. J.O.M. Transplantes de órgãos e tecidos. São Paulo, Ed. Segmento Farma, 2006, págs. 27- 49.

GARCIA. V.D. et al. Por uma política de transplantes no Brasil. São Paulo, Ed. Office, 2000.

GIL. AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo, Atlas, 2010.

GOMES. F.B.C. Ameaças a equidade na distribuição de órgãos para transplante no Brasil: uma análise dos critérios legais de acesso. 2007. Dissertação de Mestrado – Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, Brasília, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010. Brasília. 2010.

_____. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde. Brasília, 2009 b.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Brasília, 2008.

KOVACS, M.J. Educação para a morte: Temas e reflexões. 2ª ed, Casa do psicólogo, Fapesp, 224p. 2004.

KOVACS, M.J. Morte e existência humana: Caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção. 1ª ed, Ed. Guanabara Koogan, 2008.

LAKATOS. EM, MARCONI MA. Fundamentos da Metodologia Científica. 6ª ed. São Paulo, Atlas, 2009.

LE BRETON. D. Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade, 3ª ed. Ed. Papyrus, Campinas, 2008.

LIMA, NT et al. Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS, Ed. Fiocruz, 504 pág, 2008.

LYRIO. A, C, J. O Estado é líder em exportação de órgãos no Brasil. Correio da Bahia, Salvador, 29 de out. 2008. Disponível em <<http://www.correio24horas.globo.com/noticias/noticia.asp?codigo=7482&mdl=50>>. Acesso em 29 out. 2008.

MASCARO. AL. A morte na perspectiva da filosofia política. In: Santos. F.S, et al, A arte de morrer: Visões plurais. Vol 1, 2 ed, São Paulo, Ed. Comenius, 2009, págs. 45- 49.

MARINHO, A, CARDOSO SS. Avaliação da Eficiência Técnica e da Eficiência de Escala do Sistema Nacional de Transplantes. Rio de Janeiro, IPEA, fevereiro de 2007 (Texto para discussão n.1260). Disponível no site: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1260.pdf. Acesso em 20 dez. 2008.

_____. Desigualdade de Transplantes de Órgãos no Brasil: Análise do Perfil dos Receptores por sexo e raça ou cor. Rio de Janeiro, IPEA, junho de 2011 (Texto para discussão n.1629). Disponível no site: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1260.pdf. Acesso em 20 ago. 2011.

_____. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde Brasileiro. Caderno de Saúde Pública. v.22, nº 10, p. 2229-2239, out. 2006.

MARTINS, G.A. Estudo de caso: Uma estratégia de pesquisa. 2ª ed., editora atlas, 101 p, 2008.

MENEZES .R.A. Reflexões em torno da morte e do morrer. In: Santos. F.S, et al, A arte de morrer: Visões plurais. Vol 1, 2 ed, São Paulo, Ed. Comenius, 2009, págs. 227 236.

MENEZES. R.A. Em busca da boa morte: Antropologia dos cuidados paliativos, Ed. Fiocruz / Garamond Universitária, 228 pág., 2008.

MINAYO, M.C. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde, 11ª ed, Ed Hucitec, São Paulo, 407 p.

MORAES.E.L ; MASSAROLLO. M.C.K.B. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. Revista Acta paul .enfermagem, 22(2):131-135, 2009.

MORAIS. T.R et al. Mais educação, mais doações de órgãos. Jornal Brasileiro de Transplantes. 2007; 10:731-732.

MORIN. E. O Homem e a Morte. 1ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1997.

OPO-HCFM- USP . Manual de rotinas da organização de procura de órgãos do hospital das clinicas da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/adm/dc/opo/index.htm>. Acesso em 03 de setembro de 2010.

PEREIRA. W A. História dos Transplantes. In Pereira, W A. Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

PROGRAMA DAS AÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Ranking do IDH dos estados Brasileiros, 2005
http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=3039&lay=pde
<Acesso em 1 março de 2011>.

PNUD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. disponível em:

<http://www.pnud.org.br/home/>, Ranking do IDH dos Estados do Brasil em 2005. Acesso em 29 de setembro de 2009.

RECH. TH, RODRIGUES, EMF. Entrevista Familiar e Consentimento. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, vol.19, nº 01, jan - mar, 2007.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: 2010. <http://www.ripsa.org.br/php/index.php?lang=pt>. Acesso em 03 de outubro de 2011

RODRIGUES. J.C. A morte na perspectiva Antropológica. In: Santos. F.S, et al, A arte de morrer: Visões plurais. Vol 1, 2 ed, São Paulo, Ed. Comenius, 2009, págs. 129- 136.

ROSA.T.N. Bioética e confidencialidade do doador de órgãos. 2007. Dissertação de Mestrado – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde , Programa de Pós graduação em ciências da saúde, Brasília, 2007.

ROZA. B.A et al. Doação de órgãos podemos evoluir?. O mundo da saúde. São Paulo, 2009; 33(1): 43-48.

ROZA B.A, Garcia V.D, Barbosa SFF, Mendes KDS, Schirmer. Acta Paul Enf. 2010, 23(3): 417- 22.

SADALA. MLA. Doação de órgãos: A experiência de enfermeiras, médicos e familiares de doadores. São Paulo, UNESP, 2004.

SANTOS. FS, et al. A Arte de Morrer: visões plurais. São Paulo, Comenius, 2009.

SANTOS. LC. A Pesquisa Científica: O projeto de pesquisa. Módulo pedagógico. (Especialização em Gestão e Metodologia da Educação Superior)-Departamento de Ciências Humanas, Universidade do Estado da Bahia, 2007.

SANTOS, L, ANDRADE, LOM. Vinte anos de SUS: O sistema de saúde no Brasil no século 21. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 33, nº 82, p. 201-213 maio/ago 2009.

SANTOS. MJ, MASSAROLLO MCKB. Processo de doação de órgãos: Percepção de familiares de doadores cadáveres. Rev. Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13 (3): 382-387.

SESAB. Central de Notificação, Captação e Doação de órgãos e Tecidos para Transplantes.http://www.saude.ba.gov.br/transplantes/index.php?option=com_content&view=article&id=92&catid=15&Itemid=144. Acesso em 10 dez. 2011.

SEN, A. Why health equity? In: Anand S, Peter F, SEN, A. (org). Public health, ethics, and equity. P. 21-33. Great Britain, Oxford University Press, 2006.

SILVEIRA.P.V.P et al. Aspectos éticos da legislação de transplante e doação de órgãos no Brasil. Revista Bioética, 2009: 17 (1): 61-75

SUPERINTENDENCIA DE RECURSOS HUMANOS/SAEB. Relatório de gestão da rede própria - maio 2011.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Relatório de avaliação do programa de doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos. Brasília, 2006. Disponível em http://www2.tcu.gov.br/plss/000/2/publicacoes/tds/td_1260.pdf. Acesso em 20 ago. 2011.

VARGAS. MA, RAMOS FRS. A morte cerebral como presente para a vida: Explorando práticas culturais contemporâneas. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2006; 15(1): 137-145.

YIN, RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos, 4ª ed. Porto Alegre, Bookman, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A: ENCAMINHAMENTO DO PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HGRS

Salvador, 14 de setembro de 2011.

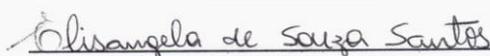
Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral Roberto Santos.

Prezados Senhores,

Venho por meio deste encaminhar o projeto de pesquisa com o tema: **O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES: A EXPERIÊNCIA DA COMISSÃO INTA HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS**, para análise do referido comitê.

Coloco-me a disposição para esclarecimentos julgados necessários.

Atenciosamente,



Elisângela de Souza Santos

Assistente Social

elisangela.ssantos@gmail.com

9218-5017


Luiz Alberto Vivas Maciel
FTA 2837-F
CEP / HGRS

Recb. e 14/09/2011

APÊNDICE B: COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HGRS



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SESAB-SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HGRS-HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

SESAB
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE



COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DE PROJETO

TÍTULO DO TRABALHO: O PROCESSO DE DOAÇÃO E TÍTULOS PARA TRANSPLANTE: A EXPERIÊNCIA DA COMISSÃO INTERNA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TÍTULOS PARA TRANSPLANTES DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS.

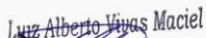
PROCEDÊNCIA: UNELB

CURSO: Mestrado

NOME DO AUTOR: ERISSANGELA DA SILVA SANTOS

ORIENTADOR: ANA MARIA MENDES

DATA DA ENTREGA: 17/09/2019


Luiz Alberto Vivas Maciel

Ass. do Profissional do CEP:

APÊNDICE C: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HGRS



HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Salvador, 3 de OUTUBRO de 2011.

Protocolo de Pesquisa CEP/HGRS Nº 42/11

TÍTULO DO PROJETO: “O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ORGÃOS TECIDOS PARA TRANSPLANTE: A EXPERIÊNCIA DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ORGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS”.

Classificação no Fluxograma: Grupo III.

Pesquisadora Responsável: Elissangela de souza Santos

Instituição onde se realizará: Hospital Geral Roberto Santos

1) Parecer do CEP/HGRS: APROVADO

Atenciosamente,


Maria do Espírito Santo da Silva
Coordenadora do CEP/HGRS

APÊNDICE D: FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 457827	
Projeto de Pesquisa O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES: A EXPERIÊNCIA DA COMISSÃO INTRA HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS					
Área de Conhecimento 6.00 - Ciências Sociais Aplicadas - 6.10 - Serviço Social				Grupo Grupo III	Nível
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos BAHIA, HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, POLÍTICA DE SAÚDE, DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, INTERSETORIEDADE					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 15	Total Brasil 15	Nº de Sujeitos Total 15	Grupos Especiais Pessoas numa relação de dependência como presidiários, militares, alunos, funcionários, etc		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NAO	Wash-out NAO	Sem Tratamento Específico NAO	Banco de Materiais Biológicos NAO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável ELISANGELA DE SOUZA SANTOS			CPF 920.090.265-00	Identidade 0440539676	
Área de Especialização SERVIÇO SOCIAL			Maior Titulação GRADUAÇÃO	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA XISTO BAHIA, 49			Bairro ENGENHO VELHO DA FED	Cidade SALVADOR - BA	
Código Postal 40221-080	Telefone 7133874572 / 7192185017		Fax	Email elisangela.ssantos@gmail.com	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. <i>Elisangela de Souza Santos</i>					
Data: <u>12/09/2011</u> Assinatura					
Instituição Proponente					
Nome Universidade do Estado da Bahia - UNEB			CNPJ 14.485.841/0001-40	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS, GESTÃO DO CONHECIMENTO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL PGDR			Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO	
Endereço Rua Silveira Martins, 2555, Cabula			Bairro CABULA	Cidade SALVADOR - BA	
Código Postal 41.150-000	Telefone (71) 3117-2200		Fax (71) 71 3117-2275	Email uaticoodenacao@yahoo.com.br	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: <u>ANA MARIA FERREIRA MENEZES</u> <i>Ana Maria Ferreira Menezes</i>					
Data: <u>12/09/2011</u> Assinatura					
Instituição Co-Participante					
Nome HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS			CNPJ 04.475.727/0001-86	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão OPO/CIH/DOT			Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO	
Endereço RUA SILVEIRA MARTINS S/N			Bairro CABULA	Cidade SALVADOR - BA	
Código Postal 41180-780	Telefone 71-3387-3420		Fax 71-3372-2978	Email hgrs@sesab.ba.gov.br	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.					
Nome: <u>Deivone Nepomuceno</u> <i>Deivone Nepomuceno</i>					
Data: <u>12/10/11</u> Assinatura <i>Deivone Nepomuceno</i>					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 26/08/2011. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

APÊNDICE E: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, ELISANGELA DE SOUZA SANTOS, assistente social do HGRSe aluna do Curso de Mestrado em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional (PGDR) da Universidade Estadual da Bahia, orientanda da Prof^a Dra. Ana Maria Ferreira Meneses, estou desenvolvendo um estudo sobre o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes no Hospital Geral Roberto Santos. Nesse sentido, estamos convidando você a participar como entrevistado de uma pesquisa que tem como objetivo analisar o processo de doação de órgãos e tecidos do Hospital Geral Roberto Santos.

O resultado desse trabalho será de fundamental importância para o HGRS, visto que a unidade não dispõe de uma análise sistematizada sobre os fatores que interferem no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Conseqüentemente, poderá subsidiar uma avaliação do processo e propor o redirecionamento das ações. Se você consentir sua entrevista será gravada e você pode solicitar o material gravado para ouvi-lo, retirar e/ou acrescentar quaisquer informações. O material da gravação será arquivado pela pesquisadora por um período de cinco anos e após esse período será destruído, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. Você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa. No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora através do telefone (71) 3334-7909/9218501.

Após ter sido informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar da entrevista, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para construção da pesquisa, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar da referida investigação, assine este termo de consentimento, ficando com a cópia do mesmo.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim,

Assinatura do entrevistado

Salvador, ____ de _____ de 2011.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Elisangela de Souza Santos

Salvador, _____ de _____ de 2011.

Endereço da Responsável pelo Estudo

Nome: Elisangela de Souza Santos

Endereço: Rua Xisto Bahia 49, Federação Salvador/BA.

Telefone: (71) 3334-7909/92185017.

Universidade do Estado da Bahia

Mestrado em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional,
Campus I – Cabula, prédio de Pós Graduação, 3º andar, Salvador/ Ba. Telefone: 71 3117
2432.

APÊNDICE F: ROTEIRO DE ENTREVISTA Direcionado aos Profissionais de saúde

1 Identificação do sujeito

- a. Idade
- b. Estado civil
- c. Profissão
- d. Vínculo empregatício

2 Questão Norteadora: Qual a importância da CIHDOTT no processo de doação de órgãos e tecidos do Hospital Geral Roberto Santos?

3 Perguntas complementares:

- a) Há quanto tempo você trabalha no HGRS?
- b) Há quanto tempo na UTI geral?
- c) Trabalhar com pacientes críticos foi uma escolha sua?
- d) Você conhece a CIHDOTT do HGRS?
- e) Em caso afirmativo de que forma conheceu?
- f) Você conhece os objetivos da CIHDOTT?
- g) Você já participou de alguma capacitação sobre o processo de diagnóstico de morte encefálica e/ou manutenção do potencial doador?
- h) Você já participou de algum protocolo de morte encefálica?
- i) Em caso afirmativo, qual foi sua função nesse processo?
- j) Qual a importância da CIHDOTT nesse processo?
- k) Você considera que o hospital ofereceu a estrutura necessária para o desenvolvimento do protocolo?
- l) Como você percebe a família durante o processo do diagnóstico de morte encefálica?

APÊNDICE G: ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRECIONADO AOS PROFISSIONAIS DA CIHDOTT

1 Identificação do sujeito

- a. Idade
- b. Estado civil
- c. Profissão
- d. Vinculo empregatício

2 Questão Norteadora: Como o processo de doação de órgãos e tecidos é realizado no Hospital Geral Roberto Santos

3 Perguntas complementares:

- a) Há quanto tempo você trabalha na CIHDOTT?
- b) Porque você foi designado para trabalhar nessa comissão?
- c) Você tem formação técnica adequada para o exercício da sua função?
- d) Quais foram às dificuldades enfrentadas durante a implantação da CIHDOTT?
- e) Do ponto de vista da CIHDOTT quais são os fatores que favorecem a doação e os fatores que dificultam a doação?
- f) O hospital oferece a estrutura necessária para o desenvolvimento das ações da CIHDOTT?
- g) Quais são os fatores que resultam no baixo numero de abordagens de doadores de córneas no HGRS?
- h) Quais são os fatores que resultam no baixo numero de efetivação de protocolos de ME no HGRS?
- i) Quais são os fatores que levam a recusa familiar para doação de órgãos e tecidos no HGRS?
- j) Quais são os pontos da política de transplantes realizada no Estado da Bahia que refletem no processo de doação do HGRS?
- k) Em sua opinião o que pode ser feito para mudar o cenário da doação no HGRS?

ANEXOS

ANEXO A: TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

	PROTOKOLO PARA DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA PARA PACIENTES ACIMA DE 2 ANOS	HOSPITAL: _____
---	--	-----------------

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

(Res. CFM n° 1.480 de 08/08/97)

NOME: _____

PAI: _____

MÃE: _____

IDADE: _____ ANOS _____ MESES _____ DIAS DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

SEXO: M F RAÇA: A B N Registro Hospitalar _____

A. CAUSA DO COMA

A.1 – Causa do coma:

A.2 – Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame:

a) Hipotermia () SIM () NÃO

b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central () SIM () NÃO

Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

B. EXAME NEUROLÓGICO – Atenção: verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas, constantes na tabela abaixo:

IDADE	INTERVALO
7 dias a 2 meses incompletos	48 horas
2 meses a 1 ano incompleto	24 horas
1 ano a 2 anos incompletos	12 horas
Acima de 2 anos	06 horas

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções SIM/NÃO, obrigatoriamente, para todos os itens abaixo.)

Elementos do exame neurológico

Resultados

	1º Exame		2º Exame	
	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO
Coma aperceptivo	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO
Pupilas fixas e arreativas	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO
Ausência de reflexo córneo-palpebral	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO
Ausência de reflexos oculocefálicos	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO
Ausência de respostas às provas calóricas	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO
Ausência de reflexo de tosse	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO
Apnéia	() SIM	() NÃO	() SIM	() NÃO

C. ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS – Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante.

1. PRIMEIRO EXAME

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

NOME DO MÉDICO: _____

CRM: _____ FONE: _____

END.: _____

ASSINATURA: _____

2. SEGUNDO EXAME

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

NOME DO MÉDICO: _____

CRM: _____ FONE: _____

END.: _____

ASSINATURA: _____

D. EXAME COMPLEMENTAR – Indicar o exame realizado e anexar laudo com identificação do médico responsável.

1. Angiografia Cerebral	2. Cintilografia Radioisotópica	3. Doppler Transcraniano	4. Monitorização da Pressão Intracraniana	5. Tomografia Computadorizada com Xenônio
6. Tomografia por Emissão de Foton Único	7. EEG	8. Tomografia por Emissão de Positrões	9. Extração Cerebral de Oxigênio	10. Outros (citar)

ANEXO B: TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS



SESAB - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
CNCDO's - Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Pelo presente Termo de Autorização, eu _____

(nome do responsável pela doação)

_____, _____, _____, _____
(nacionalidade) (estado civil) (profissão) (carteira de identidade)

residente na Rua _____ n.º _____,
(bairro)

_____, _____, _____ do Sr. (a) _____
(cidade) (Estado) (parentesco) (nome do doador)

residente à Rua _____ N.º _____

_____, _____, _____, _____ internado
(bairro) (CEP. N.º) (cidade) (Estado)

no Hospital _____, tendo sido constatada sua morte às
_____ horas do dia ____ / ____ / ____, após exames clínicos e complementares por equipe médica
especializada **AUTORIZO**, de minha livre e espontânea vontade a remoção dos órgãos
(_____) e tecidos (_____) que
será(ão), posteriormente transplantado (s) em outra (s) pessoa (s) com a finalidade terapêutica, nos termos
da lei 9434 de 04 de fevereiro de 1997, regulamentada pelo Decreto N.º. 2268 de 30 de junho de 1997.

assinatura

1ª. - Testemunha

Nome: _____

C. Ident.: _____ C.P.F. _____

End.: _____

(assinatura) _____

2ª. - Testemunha

Nome: _____

C. Ident.: _____ C.P.F. _____

End.: _____

(assinatura) _____

Salvador, ____ de ____ de ____

ANEXO C: FORMULARIO DE ALERTA DOADOR

Notificação		Data: ___/___/___	Hora:	Hosp. Not.:	Tel. Contato:		
<input type="checkbox"/> M Encefálica <input type="checkbox"/> C Parado		Óbito: Data ___/___/___		Hora:	Ramal:		
Nome:				RGCT: _____			
RG:		CPF:		Dta. Nasc.:			
Idade:	Sexo:	Cor:	G-ABO:	Peso:	Altura:		
Endereço:							
Bairro:		Cidade:		CEP:	Tel:		
Nome da Mãe:							
Data de Admissão:		Diagnóstico:			Dias de UTI:		
Comprovação de ME: 1° Teste: Data ___/___/___ Hora _____ 2° Teste: Data ___/___/___ Hora _____							
Exame Realizado:			Observações:				
História e Evolução Clínica (incluir Doenças Auto-Imunes, Neoplasias, Aneurismas, AVCs, IAMs, etc.)							
Antecedentes Diabetes: no doador: _____ em parentes de 1° Grau informe (S=Sim N=Não I=Ignorado)							
Cardiopatias	DPOC	Hepatite Tipo	Drogas	Álcool	<input type="checkbox"/> Outros _____		
PCR: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ min			Intubado há _____ dias		FIO2: _____ %		
Diurese EM 24hs: _____ ml		Diurese _____ ml/Kg/h		PA: _____ mmHg	T °C		
Recebeu Sangue/ Hemoderivados <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: _____							
Drogas Vasoativas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Dopamina _____ mcg/Kg/min		<input type="checkbox"/> Dobutamina _____ mcg/Kg/min		<input type="checkbox"/> Noradrenalina _____ mcg/Kg/min	
Infecção <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Antibiótico1 _____ Tempo _____		Antibiótico2 _____ Tempo _____		Antibiótico3 _____ Tempo _____	
Local _____		Hemocultura Positiva <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Germe Isolado _____					
Data	___/___/___	Data	___/___/___	Data	___/___/___		
HB		CK-MB				RX Tórax	
HT		Amilase					
LEUCO		TGO				ECG	
PLTS		TGP					
Uréia		Fos Alc				ECO	
Creat		GamaGT					
Na		Bil Total					
K		Bil Direta					
Glic		FIO2				Cateterismo	
CPK		pH					
Mg		PO2					
Ca		PCO2					
TP		SatO2					
CK							
	RESULTADO	POSITIVO			RESULTADO	POSITIVO	
		IgM	IgG			IgM	IgG
CHAGAS				HIV			
Anti-HCV				HTLVI-II			
HBs -Ag				TOXOPLASMOSE			
Anti- HBs/HBc	/			CITOMEGALOVIRUS			
				SÍFILIS			
Retirada marcada para as _____ h do dia ___/___/___							
Doação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Motivo <input type="checkbox"/> Rec. Fam. <input type="checkbox"/> Família Ausente <input type="checkbox"/> Fora Faixa Etária <input type="checkbox"/> Contra Ind. Médica							
<input type="checkbox"/> Sorol. Positiva <input type="checkbox"/> Não Concl. ME <input type="checkbox"/> Óbito Mais de 6h							
Responsável p/ Informações _____			Data ___/___/___		Assinatura _____		

Causa da Não Efetivação da Doação:

RECUSA DOS FAMILIARES

- 001-Desconhecimento do desejo do potencial doador
- 002-Doador contrário à doação em vida
- 003-Familiares indecisos
- 004-Familiares desejam o corpo íntegro
- 005-Familiares descontentes com o atendimento
- 006-Receio de demora na liberação do corpo
- 007-Convicções religiosas
- 008-Outros

CONTRA/INDICAÇÃO MÉDICA

- 009-Sorologia Positiva HIV
- 010-Sorologia Positiva HTLV
- 011-Sorologia Positiva Hepatite B
- 012-Sorologia Positiva Hepatite C
- 013-Acima do tempo máximo para retirada
- 014-Sem condições clínicas
- 015-Fora da faixa etária
- 016-Sem diagnóstico conhecido
- 017-Portador de neoplasia
- 018-Imunologia pos Chagas;Sífilis;Toxoplasmose; etc.

PROBLEMAS LOGÍSTICOS OU ESTRUTURAIS

- 019-Equipe de retirada não disponível
- 020-Família não localizada
- 021-Deficiência Estrutural da Instituição
- 022-Sem identificação
- 023-Outros

Comentários: _____

Assinatura: _____

ANEXO E: FORMULARIO II DO ANEXO V DA PORTARIA 2600

	<p>GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA SESAB – SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA HGRS – HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS CIHDOTT – COMISSÃO INTRA - HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE</p>	
---	---	---

ANEXO II - Portaria N°1.262 do MS/GM
 RELATÓRIO DE ATIVIDADE DIÁRIA DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE TRANSPLANTES
 Turno: ____ Data: - NOTIFICAÇÃO DE PACIENTES COM MORTE ENCEFÁLICA

Referência:

Nº	Nome do Potencial Doador	Idade	Causa da Morte	Responsável pelo Potencial Doador (nome / fone)	Setor	Confirmação Morte Encefálica					Doação Efetivada		Múltipla	Causa Não Doação
						Avaliação		Complementar			Sim	Não		
						1ª	2ª	Tipo de Exame	Hora	Responsável pelo Exame				
01														
02														
03														
04														
05														

Causa da Não Efetivação da Doação:

RECUSA DOS FAMILIARES

- 001-Desconhecimento do desejo do potencial doador
- 002-Doador contrário à doação em vida
- 003-Familiares indecisos
- 004-Familiares desejam o corpo íntegro
- 005-Familiares descontentes com o atendimento
- 006-Receio de demora na liberação do corpo
- 007-Convicções religiosas
- 008-Incompreensão da ME
- 009-Favoráveis à doação apenas após PCR
- 010-Outros

CONTRA/INDICAÇÃO MÉDICA

- 011-Sorologia Positiva HIV
- 012-Sorologia Positiva HTLV
- 013-Sorologia Positiva Hepatite B
- 014-Sorologia Positiva Hepatite C
- 015-Sem condições hemodinâmicas
- 016-Sem condições clínicas
- 017-Fora da faixa etária
- 018-Portador de neoplasia

PROBLEMAS LOGÍSTICOS OU ESTRUTURAIS

- 019-Equipe não disponível
- 020-Família não localizada
- 021-Deficiência Estrutural da Instituição
- 022-Sem identificação
- 023-Outros

Definições:

POTENCIAL DE MORTE ENCEFÁLICA
POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS
DOADOR DE TECIDOS
DOADOR DE ÓRGÃOS
DOADOR MULTIORGÂNICO

Indivíduo em coma aperceptivo (status neurológico nível 3 da escala de Glasgow).
Indivíduo em morte encefálica diagnosticada e notificada a CNCDO.
Indivíduo do qual foi removido algum tecido para fim de transplante.
Indivíduo do qual foi removido pelo menos um órgão para fim de transplante
Doador, do qual foram removidos pelo menos dois órgãos diferentes para fim de transplantes.

ANEXO F: FORMULARIO III DO ANEXO V DA PORTARIA 2600

	<p>GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB/COSET/CNCDO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS - HGRS COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE - CIHDOTT</p>	
---	---	---

Formulário III do Anexo V – Portaria Nº. 2.600/09 do Sistema Nacional de Transplante (CGSNT/DAE/SAS/MS) -

Total de Óbitos: Notificados através da Busca Ativa (Mortalidade Geral):

	Faixa Etária			
	PCR		ME	
	Nº	%	Nº	%
Faixa etária				
Menor de 2 anos				
> 2 até 18 anos				
> 18 a 40 anos				
> 40 a 60 anos				
>60 a 70 anos				
> 70 anos				
Total				

Nº de óbitos por ME notificados à CIHDOTT		
Turno	Nº	%
Manhã (7h - 13h)		
Tarde (13h -19h)		
Noite (19h - 7h)		

PCR - Parada cardiorrespiratória
 ME - Morte Encefálica

Total de Óbitos com Parada Cardiorrespiratória (PCR):

	Nº	%	
Total de óbitos hospitalares			
Entrevistas realizadas			(Entrevistas realizadas / Óbitos hospitalares x 100)
Entrevistas não realizadas			(Entrevistas não realizadas / Óbitos hospitalares x 100)
Consentimento Familiar			(Consentimento familiar / Entrevistas realizadas x 100)
Recusas			(Recusas familiares / Entrevistas realizadas x 100)

	GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB/COSET/CNCDO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS - HGRS COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE - CIHDOTT	
---	--	---

Formulário III do Anexo V – Portaria N°. 2.600/09 do Sistema Nacional de Transplante (CGSNT/DAE/SAS/MS)

Causas da não Efetivação da Doação de Tecidos (Córneas) Pós PCR:

Relacionadas à Entrevista Familiar	N°	Motivos Médicos	N°
Desconhecimento do desejo do potencial doador		Desconhecimento da causa base do óbito	
Potencial doador contrário, em vida, à doação		Portador de neoplasia	
Famíliares indecisos		Sorologia positiva	
Famíliares desejam o corpo íntegro		Fora da faixa etária	
Famíliares descontentes com o atendimento		Tempo máximo para retirada ultrapassado	
Receio de demora na liberação do corpo		Sepse	
Convicções religiosas		Trauma com lesão do tecido a ser doado	
Outros		Outras condições impeditivas	

Aspectos Logísticos ou Estruturais	N°
Equipe de retirada não disponível	
Deficiência estrutural da instituição	
Famíliares não localizados	
Potencial doador sem identificação	
Outros	

Total de Óbitos com Morte Encefálica (Protocolo): 01

	N°	%	
Total de ocorrências			
Entrevistas realizadas			(Entrevistas realizadas / Óbitos em morte encefálica x 100)
Entrevistas não realizadas			(Entrevistas não realizadas / Óbitos em morte encefálica x 100)
Consentimento Familiar			(Consentimento familiar / Entrevistas realizadas x 100)
Recusas			(Recusas familiares / Entrevistas realizadas x 100)

	<p>GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB/COSET/CNCDO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS - HGRS COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE - CIHDOTT</p>	
---	---	---

Formulário III do Anexo V – Portaria N°. 2.600/09 do Sistema Nacional de Transplante (SNT/DAE/SAS/MS)

Causas da não Efetivação da Doação de Múltiplos Órgãos: 01

Relacionadas à Entrevista Familiar	N°	Motivos Médicos	N°
Desconhecimento do desejo do potencial doador		Desconhecimento da causa M.E	
Potencial doador contrário, em vida, à doação		Portador de neoplasia	
Familiares indecisos		Sorologia positiva	
Familiares desejam o corpo íntegro		Fora da faixa etária	
Não entendimento do diagnóstico de morte encefálica		Instabilidade hemodinâmica	
Familiares descontentes com o atendimento		Parada cardíaca	
Receio de demora na liberação do corpo		Sepse	
Convicções religiosas		Outras condições impeditivas	
Outros			

Aspectos Logísticos ou Estruturais	N°
Equipe de retirada de órgãos não disponível	
Deficiência estrutural da instituição	
Incapacidade diagnóstica de morte encefálica por carência de especialistas	
Incapacidade diagnóstica de morte encefálica por carência de equipamentos	
Familiares não localizados	
Potencial doador sem identificação	
Outros	

Atividades de Educação e Divulgação:

Atividade	Quantidade	Datas
Palestras		
Campanhas		
Reuniões		
Entrevistas à imprensa		
Capacitações		



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB/COSET/CNCDO
HGRS – HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS
COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE -
CIHDOTT



Formulário III do Anexo V – Portaria N° 2.600/09 do Sistema Nacional de Transplante (SNT/DAE/SAS/MS)

CONSIDERAÇÕES:

Relatório de Captação de Córneas: (PCR) (ME)

Taxa de Consentimento Familiar:

Taxa de Recusa Familiar:

Relatório de Captação de Múltiplos Órgãos (Fígado, Rins e Valvas Cardíacas): (ME)

Taxa de Consentimento Familiar:

Taxa de Recusa Familiar:

OBSERVAÇÕES:

Coordenador Intra-Hospitalar de Tx

ANEXO G: FORMULARIO DE BUSCA ATIVA DA CIHDOTT

	SESAB ^{SUS} - SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO HGRS – HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS CIHDOTT – COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE Cihdott_hgrs@yahoo.com.br tel. 3372.2999 r-2931	
---	---	---

Portaria MS/SNT N° 1262/2006 COFEN N° 292/2004

FORMULÁRIO DE BUSCA ATIVA DA CIHDOTT:

Data ___ / ___ / ___ Horário: _____ Unidade de Internação: _____ Registro Hospitalar: _____

Paciente: _____ RG civil: _____ DN: ___ / ___ / ___

Sexo: ___ Idade: ___ Profissão: _____ Estado Civil: _____ Mãe: _____

Endereço: _____ Tel _____

Responsável Legal: _____ Notificação à Cihdott: _____ Setor: _____

Horário: _____

(A Identificação e Notificação do Potencial Doador é de caráter compulsório conforme legislação: Lei N°. 9434/97 do Ministério da Saúde)

Critérios para diagnóstico de morte encefálica e Notificação à CNCDO- CFM Resolução N° 1.480-08/08/97

Glasgow III ; sem sedação ou drogas depressoras do SNC; apnéia e VM; como aperceptivo; midríase fixa; Tem > 32,5°C; Na <= 160meq/l; Diagnóstico de causa conhecida; Registro

HISTÓRIA CLÍNICA

Diagnóstico: _____ Patologias Associadas: _____

Antecedentes de saúde _____ Sinais/Cicatrizes/tatuagens: _____

Transfusão de Sangue: _____ PCR: _____ DVA: _____ IOT/VM _____

Exames Complementares: Hb _____ Ht _____

Leucograma _____ Na _____ K _____ TGO _____ TGP _____ BD/BI _____

_____ FA _____ Ureia _____ Creat _____ Alb _____ Ca _____

Bil T _____ TP/TTPa/RNI _____ Glicemia _____ Lactato _____ Tipo _____

Sg _____ Rh _____

Rx Tórax _____ EAS: _____

Gasometria: _____

Medicações em uso: _____

Antib: _____ DVA: _____ Sedação: _____

Solicitação de culturas: _____ CVC: _____ PAM: _____

Diagnóstico: _____ Confirmação: _____

