

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

JACI SIMÃO BOING

**AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE CAPTAÇÃO DE
ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE NO ESTADO DE SANTA
CATARINA, 2006-2007**

Setembro

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JACI SIMÃO BOING

**AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE CAPTAÇÃO DE
ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE NO ESTADO DE SANTA
CATARINA, 2006-2007**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho – área de concentração: Saúde da Família, pela Universidade do Vale do Itajaí.

Orientador: Dr. Antônio Carlos E. Marasciulo

Co-Orientadora: Dra. Silvana Nair Leite

Setembro

2008

FICHA CATALOGRÁFICA

B636a Boing, Jaci Simão, 1980-

Avaliação do desempenho do sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante no estado de Santa Catarina, 2006-2007 / Jaci Simão Boing, 2008.

121p.: tab. ; fig. ; quad., graf.

Anexos

Cópia de computador (Printout(s)).

Dissertação (Mestrado) Universidade do Vale do Itajaí,

Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho.

“Orientador : Prof .Dr. Antônio Carlos Estima Marasciulo”

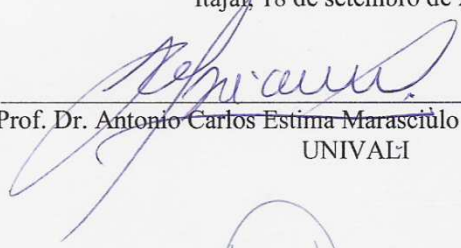
JACI SIMÃO BOING

**AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE CAPTAÇÃO DE
ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE NO ESTADO DE SANTA
CATARINA, 2006-2007**

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre e aprovada pelo Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI.

Área de Concentração: Saúde da Família

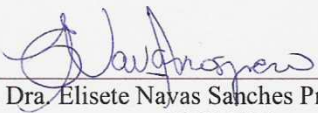
Itajaí, 18 de setembro de 2008.



Prof. Dr. Antonio Carlos Estima Marasciulo – Orientador/Presidente
UNIVALI



Profa. Dra. Silvana Nair Leite – Co-orientadora
UNIVALI



Profa. Dra. Elisete Navas Sanches Próspero - Membro
UNIVALI



Prof. Dr. Valter Duro Garcia - Membro
UFCSPA

DEDICATÓRIA

Este estudo é dedicado a todos os profissionais de saúde que se dedicam a atividades relacionadas aos transplantes e aos familiares dos doadores de órgãos e tecidos para transplante do Estado de Santa Catarina.

AGRADECIMENTOS

Neste momento gostaria de agradecer à aqueles que participaram desta etapa de minha formação profissional:

A DEUS, por me possibilitar viver este momento;

A meus PAIS, pela educação que me foi dispensada e pelo amor que recebi durante minha formação pessoal;

A minha ESPOSA, que me ajudou e muito para que pudesse chegar a este momento e compreendeu minhas ausências e estresses: TE AMO;

A meu filho FELIPE que, muitas vezes ficou batendo na porta enquanto eu trabalhava sem receber resposta, ou que chorava enquanto eu saía de casa para estudar, e que mesmo assim me recebia sempre com um sorriso no rosto quando eu chegava junto a ele.

A meus IRMÃOS, SOGROS, CUNHADOS e AMIGOS, pelas palavras e gestos que me encorajaram a seguir esta etapa de minha formação profissional;

Aos COLEGAS DOCENTES do curso de Graduação em Enfermagem da UNIVALI, que aceitaram reorganizar os cronogramas das disciplinas que lecionamos juntos ou ainda que me cobriram nos momentos em que tive que me ausentar: VALEU GENTE;

A Equipe da CNCDO/SC que me auxiliou sempre que precisei;

Aos Colegas MESTRANDOS da quarta turma deste programa de Mestrado: Mais que colegas, AMIGOS.

Aos PROFESSORES do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI, por terem me aturado e me acolhido com atenção carinho e muita competência. Em especial: Cutolo, Elisete, Juliana, Stella e Rosita;

Às colaboradoras do Programa de Mestrado, Rosélia e Vânia pelo atendimento e orientações prestadas. Sempre com muita simpatia e eficiência;

Ao Meus ORIENTADORES, Catito e Silvana que me auxiliaram e muito na construção deste estudo;

A todos o meu MUITO OBRIGADO.

Avaliação de desempenho do Sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina, 2006-2007.

Resumo

Introdução: O transplante de órgãos é considerado uma modalidade de tratamento eficaz para doentes crônicos, nos casos em que receber um novo órgão tornou-se praticamente a única chance de sobrevivência. O aumento da demanda a esta modalidade terapêutica tem gerado a carência de órgãos e tecidos para a finalidade, com conseqüente aumento das listas de espera para o tratamento. Com vistas a estabelecer mecanismos de gestão para melhorar o registro, captação e doação de órgãos e tecidos, o Ministério de Saúde determinou em legislação federal que hospitais com mais de 80 leitos devem constituir comissões internas com tal finalidade. Estas comissões formam o Sistema Estadual de Captação de órgãos e tecidos, o qual no Estado de Santa Catarina foi implantado em 21 de setembro de 1999. Desde então, o Sistema Estadual não realizou uma avaliação sistematizada de suas ações programáticas, o que justifica a realização deste estudo. **Objetivos:** avaliar o desempenho do sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa avaliativa conforme tipologia proposta por Novaes, em que pese à produção de um conhecimento reconhecido, e que servirá como fator orientador de decisão. Utilizou-se o roteiro de avaliação proposto do Centro para Controle de Doenças do governo americano (CDC). As informações foram obtidas nos bancos de dados da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e da Diretoria de Regulação e Avaliação (DRA) da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina e do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). **Resultados:** Foram notificados 1445 casos de potenciais doadores, perfazendo a taxa de 119,57 notificações por mil óbitos ocorridos. Foram captados 240,86 casos por mil notificações o que corresponde a 28,80 captações por mil óbitos ocorridos nos hospitais notificadores. **Considerações finais:** O desempenho do sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina não apresenta relação direta com os indicadores de estrutura física, política e administrativa dos hospitais notificadores. Há a necessidade de implementar as políticas públicas e processos de gestão relacionadas aos transplantes com vistas a instrumentalizar as comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplante (CIHDOTT) para que possam melhorar seu desempenho.

Palavras-chaves: 1: Transplante de Órgãos, 2: Avaliação de programas e projetos de saúde.

Performance evaluation of the system for dealing with organ and tissue donations for transplantation in the State of Santa Catarina, Brazil, 2006-2007.

Abstract

Introduction: Organ transplantation is considered an effective treatment for chronically ill patients, in cases where receiving a new organ is practically the only chance of survival. The growth in demand for this therapeutic alternative has led to scarcity of organs and tissues, and a consequent increase in waiting lists of patients requiring these transplants. In order to establish management tools that will improve the system for registering, obtaining and dealing with the donation of organs and tissues, the Ministry of Health determined, in a federal law, that hospitals with more than 80 beds should form internal commissions for this purpose. These commissions constitute the State System for Organ and Tissue Donations, which was established in the State of Santa Catarina on 21st September 1999. Since its creation, no systematic evaluation of the actions of the State System has ever been carried out, which is what prompted this study.

Objectives: To evaluate the performance of the system for dealing with organ and tissue donations for transplantation, in the State of Santa Catarina.

Methods: This is an evaluative study, according to typology proposed by Novaes, which focuses on the production of recognizable knowledge, in order to improve decision-making. It uses the framework for evaluation proposed by the Center for Disease Control (CDC). Data were gathered from the databases of the Center of Notification, Removal and Distribution of Organs (CNCDO) and from the Directorate of Regulation and Evaluation (DRA), of the Santa Catarina Secretary of State and the National Register of Health Establishments (CNES).

Results: 1445 potential donors were notified, giving an index of 119.57 notifications per thousand deaths. There were 240.86 cases of organ/tissue donation per thousand notifications, which corresponds to a rate of 28.8 donations per thousand deaths registered in the notifying hospitals.

Final considerations: The performance of the system for dealing with organ/tissue donations for transplantation, in the State of Santa Catarina, shows no direct correlation with the indicators for physical, political and administrative structure of the notifying hospitals. There is a need to implement public policies and management procedures in relation to transplantations, that will assist the intra-hospital commissions for the donation of organs/tissue for transplantations, with the aim of improving their performance

Key words: Organ transplantation; 2: Evaluation of health programs and projects.

SUMÁRIO:

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	18
	2.1 Objetivo Geral.....	18
	2.2 Objetivos Específicos.....	18
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
	3.1 Aspectos históricos.....	19
	3.2 O cenário atual dos transplantes no Brasil.....	22
	3.3 Avaliação de programas e serviços de saúde.....	30
4	METODOLOGIA.....	38
	4.1 Caracterização da pesquisa.....	38
	4.2 Percurso metodológico.....	38
	4.2.1 Engajar os atores-chave.....	38
	4.2.2 Descrever o programa.....	39
	4.2.3 Focalizar o desenho da avaliação.....	39
	4.2.4 Reconhecer as evidências confiáveis.....	40
	4.2.5 Justificar as conclusões.....	47
	4.2.6 Assegurar o uso e partilhar os resultados.....	47
5	DESENVOLVIMENTO.....	49
	5.1 Descrição do sistema de captação de órgãos e tecidos para transplantes do Estado de Santa Catarina.....	49
	5.1.1 Modelos lógicos para busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplante.....	53
	5.2 Apresentação dos resultados.....	62
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	83
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
8	REFERÊNCIAS.....	95
	ANEXOS.....	99
	APÊNDICES	103

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Percurso metodológico para realizar avaliação de programas e serviços de saúde pública.....	34
Figura 02: Protocolo de busca ativa e entrevista familiar para potencial doador com coração parado.....	54
Figura 03: Protocolo de busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplantes com potencial doador em ME.....	57
Figura 04: Protocolo para a remoção de órgãos e tecidos para transplante.....	60
Figura 05: Distribuição geográfica das unidades notificadoras de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados.....	34
Quadro 02: Classificação das informações coletadas a partir das notificações de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina.....	41
Quadro 03: Classificação das informações obtidas a partir do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde.....	43
Quadro 04: Classificação das informações coletadas na base de dados da CNCDO/SC.....	46
Quadro 05: Caracterização dos dados coletados na base de dados do sistema de mortalidades da Secretaria de Estado da Saúde.....	47
Quadro 06: Distribuição dos hospitais credenciados para alta complexidade em neurocirurgia no Estado de Santa Catarina por nível de complexidade.....	52
Quadro 07: Caracterização administrativa dos hospitais notificadores de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina.....	111
Quadro 08: Caracterização da estrutura dos hospitais notificadores de potencial doador de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina.....	112
Quadro 09: Caracterização dos hospitais notificadores de potencial doador de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina de acordo com estratégia definida pelo Plano Estadual de Transplantes e o credenciamento junto a CNCDO/SC.....	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Intervalos de tempo exigidos entre os dois testes clínicos para a obtenção do diagnóstico de ME.....	59
Tabela 02: Distribuição das notificações de potencial doador de órgãos e tecidos para transplante por unidade notificadora.....	63
Tabela 03: Notificações de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes Por 1.000 óbitos hospitalares no Estado de Santa Catarina.....	69
Tabela 04: Distribuição dos tipos de notificações de potenciais doadores por unidade notificadora.....	71
Tabela 05: Distribuição dos tipos de notificações de potenciais doadores por unidade notificadora para transplantes no Estado de Santa Catarina por hospital por 1.000 casos notificados.....	73
Tabela 06: Distribuição das captações de órgãos e/ou tecidos para transplantes no Estado de Santa Catarina por 1.000 óbitos relacionados por hospital.....	75
Tabela 07: Caracterização das captações realizadas no Estado de Santa Catarina por tipo de notificação e hospital.....	77
Tabela 08: Distribuição das causas de recusa para a doação de córneas para os casos de PCR no Estado de Santa Catarina por hospital.....	79
Tabela 09: Distribuição das causas de insucessos para a captação de órgãos e tecidos nos casos notificados no Estado de Santa Catarina....	81
Tabela 10: Distribuição das causas de insucessos para a captação de órgãos e tecidos nos casos notificados como potencial doador vítima de ME no Estado de Santa Catarina por hospital.....	108
Tabela 11: Distribuição das causas de insucessos da captação de córneas dos casos notificados como potenciais doadores de órgãos e tecidos vítimas de ME que doaram órgãos sólidos no Estado de Santa Catarina por hospital.....	109
Tabela 12: Distribuições das causas de insucessos da captação de órgãos sólidos dos casos notificados como potenciais doadores de órgãos e tecidos vítimas de ME, que doaram córneas no Estado de Santa Catarina por hospital.....	110

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Distribuição dos hospitais notificadores de potencial doador de órgãos e tecidos para transplante conforme caracterização do serviço oferecido.....	64
Gráfico 02: Distribuição dos hospitais notificadores de potencial doador de órgãos e tecidos para transplante conforme caracterização de porte.....	65
Gráfico 03: Distribuição dos hospitais notificadores de potencial doador de órgãos e tecidos para transplante conforme equipamentos disponíveis.....	65
Gráfico 04: Distribuição dos hospitais notificadores de potencial doador de órgãos e tecidos para transplante quanto ao credenciamento junto a CNCDO/SC e Plano Estadual de Transplantes.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS

ABTO – Associação Brasileira de Transplantes

CIHDOTT – Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante

CIM – Contra-indicação Médica

CNCDO – Central de Notificação e Distribuição de Órgãos

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

IE-I – Infra-estrutura Insuficiente

ME – Morte Encefálica

ME-NC – Morte Encefálica Não concluída

NAF – Não Autorização Familiar

PCR – Parada Cardiorrespiratória

pmp – Por Milhão de População

RBT – Registro Brasileiro de Transplantes

SNT – Sistema Nacional de Transplantes

1 INTRODUÇÃO

A partir do início da década de 1980, o transplante de órgãos deixou de ter caráter experimental e passou a ser importante opção terapêutica para pacientes portadores de doenças crônicas e terminais, nas quais o tratamento convencional não foi eficaz. Em resposta a essas novas opções terapêuticas, foram elaboradas políticas de saúde pública voltadas ao Programa Nacional de Transplantes no Brasil, com vistas a atender a população que necessita de reposição de determinados órgãos e/ou tecidos para garantir sua sobrevivência (KNOBEL, 1999).

A regulamentação destas novas atividades tem como marco a Lei nº 9.434/97 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a remoção de órgãos e tecidos, para fins de transplantes e tratamento, estabelecendo que todo paciente com morte encefálica seja um potencial doador de órgãos e tecidos (BRASIL, 1997).

A carência de doadores de órgãos é ainda um grande obstáculo para a efetivação de transplantes no Brasil (PEREIRA, 2000). Essa dificuldade se dá por problemas culturais e médico-legais associados ao reconhecimento tardio e a abordagem inadequada do doador potencial de órgãos. A falha no reconhecimento ou o reconhecimento tardio do portador de morte encefálica pode levar a perda de órgãos devido à parada cardiorrespiratória inesperada, instabilidade hemodinâmica ou infecção, dificultando as chances de sobrevivência daqueles que dependem desta terapêutica.

É possível afirmar que o desenvolvimento das atividades de captação e transplantes de órgãos e tecidos dependem do desempenho na identificação do potencial doador, da forma empregada na entrevista familiar e da organização dos serviços de saúde local.

Considerando a necessidade de garantir o acesso à população a este recurso terapêutico foi necessário ampliar a captação de órgãos e tecidos para fins de transplante. Em 2005, o Ministério de Saúde através da Portaria 1.752, determinou 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. Esta portaria foi regulamentada por outra Portaria Ministerial em 2006 (Portaria nº 1.262/2006) ficando estabelecidas 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). Esta Portaria institucionalizou as comissões intra-hospitalares para busca ativa, captação e distribuição de órgãos e tecidos para transplante em todos os hospitais com mais de oitenta leitos registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

No Estado de Santa Catarina, atualmente estão cadastradas vinte e duas Instituições hospitalares credenciadas para realizar busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplante, junto a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO). Porém constata-se pelo Registro Brasileiro de Transplantes (RBT), que a maioria das instituições hospitalares não está alcançando as metas traçadas pelo programa do Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

Esta pesquisa pretende avaliar o desempenho do sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina. Busca também, oferecer subsídios para a melhoria da qualidade dos serviços de busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplante.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o desempenho do sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever as notificações de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes no Estado de Santa Catarina entre junho de 2006 a maio de 2007.

Identificar e caracterizar as unidades que realizaram notificações de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes no Estado de Santa Catarina entre junho de 2006 a maio de 2007 conforme critérios do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Identificar e caracterizar os sucessos e os insucessos na captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina entre junho de 2006 a maio de 2007.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Aspectos históricos

Vários relatos históricos e lendas a respeito de transplantes povoam o imaginário da humanidade desde os seus primórdios. Na *Ilíada* de Homero foi descrito o primeiro transplante de tecidos geneticamente diferentes: uma quimera criada pelos deuses. Outro relato histórico é a lenda de São Cosme (o clínico) e de São Damião (o cirurgião), que diz que, após a amputação da perna de um velho, implantaram nele a perna de um soldado mouro que havia falecido naquele mesmo dia, e que o único inconveniente para o transplantado foi ter que conviver com pernas de cores diferentes. O termo transplante foi utilizado pela primeira vez por John Hunter, em 1778, que descreveu seus experimentos com enxertos ovarianos e testiculares em animais não relacionados (PEREIRA, 2000).

As técnicas de anastomose vascular, desenvolvidas por Carrel no início do século XX, permitiram que o sonho de substituir um órgão incapaz por outro saudável logo se tornasse realidade (NOTHEN, 2004).

O primeiro transplante em humanos foi realizado em 1933 por Voronoy, na Ucrânia, sendo transplantado um rim que não funcionou já que o órgão teria sido retirado do doador com mais de seis horas de parada cardiorrespiratória e o receptor morreu 48 horas após (PEREIRA, 2000).

De acordo com Nothen (2004), na década de 1950, as pesquisas de Dausset, em Paris e o bem sucedido transplante renal entre gêmeos univitelinos, realizado em Boston, trouxeram à tona a atenção às questões imunológicas e dirigiram o foco de pesquisas sobre a imunossupressão, cujas pesquisas são citadas por Pereira (2000) como o grande responsável pelo impulso para o sucesso dos transplantes.

Conforme Nothen (2004), a utilização de doadores cadáveres iniciou de maneira experimental desde o início da década de 1950, não havendo o conceito de Morte Encefálica (ME).

Em 1967 foi realizado na África do Sul o primeiro transplante do coração que se tem conhecimento, utilizando o coração de doador vítima de trauma. Este procedimento não foi bem sucedido devido aos problemas relacionados com rejeição, uma vez que estes fatores ainda não eram bem conhecidos naquela época (PEREIRA, 2000; RAIA, 2003).

Há registros de que o primeiro transplante de rins no Brasil tenham ocorrido no ano de 1964. O primeiro transplante cardíaco envolvendo doador com morte encefálica, realizado por Euríclides de Jesus Zerbini, em 1968, no Hospital das Clínicas de São Paulo. Esta mesma instituição sediou, em 1989, o primeiro transplante intervivos, realizado por Silvano Raia (PEREIRA, 2000; BOAS, 2007).

Pereira (2000) e Nothen (2004) afirmam que até quando Zerbini realizou o transplante acima citado, não existia no País nenhuma legislação sobre o tema, sendo que durante este período os médicos seguiram os aspectos científicos, éticos e morais de sua profissão.

No início da década de 1990 a realização de transplantes não apresentou grandes avanços no que diz respeito ao número de transplantes realizado. Embora a técnica operatória dos transplantes estivesse bem descrita e desenvolvida no mundo, as rejeições e a baixa de sobrevida do receptor se configuravam como fatores que limitavam o desenvolvimento desta terapêutica. Naquele período foi expressivo o desenvolvimento de estudos a procura de medicamentos e técnicas que permitissem o combate à rejeição e cuidados intensivos que garantissem o sucesso da técnica operatória. A partir do final da década de 1990, os avanços na imunossupressão, preservação de órgãos, técnicas cirúrgicas e medidas de suporte ventilatório e hemodinâmico permitiram que o transplante de órgãos ou tecidos se tornasse uma terapêutica eficiente para pacientes com diversos tipos de doenças terminais (BARRETO, 1993).

Para organizar as atividades de transplante no Brasil, em 1997, foi constituído o Sistema Nacional de Transplante (SNT), regulamentado pela Portaria GM n° 3.407/98 (BRASIL,1998). Naquele ano, com a finalidade de obter um número de doadores de órgãos compatível com a lista de pacientes à espera de transplantes, foi concebido o princípio de doação presumida divulgado no Decreto 2268/97. A partir deste Decreto todo cidadão brasileiro com diagnóstico de morte seria doador de órgãos e tecidos para transplante, a menos que se manifestasse contra a doação. Determinava que a recusa em doar órgãos e tecidos para transplante fosse estampada em documento de identidade ou cartas de habilitação para que as equipes hospitalares tomassem ciência (BRASIL,1997).

O Decreto da doação presumida causou na sociedade desconfianças a respeito da idoneidade do programa de captação de órgãos e tecidos para transplante. Nothen (2004) relata a ocorrência de várias reações sociais negativas em relação à doação presumida impulsionando um grande contingente da população a buscar os serviços de segurança pública a fim de estampar nas cédulas de identidade a não autorização para doação de órgãos. De acordo com dados históricos, a estratégia proposta pelo Governo Brasileiro pelo Decreto 2268/97, fez com que o número de transplantes no Brasil diminuísse ao contrário do objetivo primário desta política.

A Constituição da República do Brasil, em 1988, em seu artigo 199 § 4º proíbe a comercialização de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa ou tratamento. A forma de consentimento para doação de órgãos vigente no Brasil é a doação sob o consentimento informado a um familiar, invalidando os registros nos documentos anteriores. Desta forma, um potencial doador com o registro “Não Doador de Órgãos” em sua cédula de identidade poderá ser um doador se assim consentirem seus familiares.

Em 1998, foi estabelecida a obrigatoriedade da existência de uma coordenação hospitalar de transplante para hospitais com atividade transplantadora ou com UTI classificada como nível “II” (BRASIL, 2000). De acordo com Nothen (2004), a existência de uma coordenação hospitalar atuante, ou não, modifica a

intervenção dos profissionais de saúde no processo de captação de órgãos e tecidos para Transplantes.

Com base em afirmações como a da autora citada, em avaliações realizadas pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT) em 2006, bem como considerando a necessidade de ampliar os avanços na captação de tecidos para fins de transplante, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 1.262/2006. Esta se refere ao regulamento técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgão e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). A Portaria nº 1.262/2006 institucionaliza as Comissões Intra-Hospitalares para busca ativa, captação e distribuição de órgãos e tecidos para transplante em todos os hospitais com mais de oitenta leitos registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL,2006).

3.2 O cenário atual dos transplantes no Brasil

Os Transplantes fazem parte das políticas de Saúde Pública mais desenvolvidas ao longo da última década. Em torno de 90% dos transplantes e procedimentos relacionados são cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a distribuição de órgãos encontra-se sob o controle público (NOTHEN, 2004).

O Brasil é um dos países que mais destina recursos públicos aos transplantes em proporção ao Produto Interno Bruto (PIB) e os gastos com saúde. Segundo Nothen (2004), os pagamentos pelos serviços relacionados aos transplantes são muito semelhantes aos pagos em países desenvolvidos.

Os gastos totais em reais com a política de transplantes, onde se inclui o programa de captação de órgãos e tecidos para transplante, elevaram-se de pouco mais de cinquenta milhões de Reais em 1995, para quase trezentos milhões de Reais em 2004. Este crescimento foi acompanhado pelo número de

transplantes realizados no Brasil, embora não com a mesma proporção. (NOTHEN, 2004)

Entre os anos de 1999 e 2004, o Brasil obteve crescimento superior a 100% em doador por milhão de população (pmp). Conforme Garcia (2006) se mantivesse este crescimento, o país levaria dez anos para atingir as taxas médias de países desenvolvidos que é de 15 a 25 doadores pmp. No ano de 2006 o Brasil alcançou 6 doadores pmp.

O sucesso dos transplantes no Brasil é inquestionável, porém não acompanha o crescimento da lista de espera, problema este que é evidente em todo o mundo, embora Nothen (2004) relate que em alguns países como Espanha e Estados Unidos, as diferenças entre demanda e oferta de órgãos não é muito grande. Para esta autora, o crescimento da lista de espera é resultado dos avanços tecnológicos e sucessos apresentados pelos transplantes e pelo aumento das indicações para realização desta terapêutica.

Vários autores como Barreto (1993), Boas (2007), Orlando (2002) e Duarte (2006) relatam que o maior obstáculo enfrentado no Brasil para a realização de um transplante é a carência de órgãos, mesmo nos casos em que o órgão é obtido de um doador vivo. A falta de informação e o preconceito acabam limitando o número de doações. Ajudar a suprir a necessidade de órgãos para transplantes é uma responsabilidade social e humanitária das equipes de atendimento. Nesse sentido, existem grupos de conscientização cujo objetivo é esclarecer a população sobre dúvidas relacionadas com a doação de órgãos.

Segundo Garcia (2000), os doadores de órgãos podem pertencer a uma das seguintes categorias:

- a) doadores vivos: doador vivo relacionado (familiares do receptor do órgão) ou doador vivo não relacionado (doador voluntário sem grau de parentesco com o receptor) ou ainda doador anencefálico;
- b) doadores falecidos: que são os indivíduos cujos familiares autorizam a captação de órgãos ou tecidos para transplante após ter sido diagnosticada a sua morte seja por Parada Cardiorrespiratória (PCR) ou Morte Encefálica (ME);

- c) animais: utilizados principalmente para tecidos, como válvulas cardíacas.

Em relação aos doadores vivos, Nothen (2004), afirma que é autorizada a remoção de órgãos ou tecidos que não indiquem risco de vida para o doador. Este grupo apresenta menor incidência de rejeições e caracteriza-se pela doação de órgãos duplos, como os rins, e com doador relacionado. Entretanto, a diminuição do número de filhos nas famílias contemporâneas e os aspectos éticos que permeiam esta atividade, fazem do doador com ME a grande alternativa para a obtenção de órgãos para transplante.

Para Nothen (2004), existem mais potenciais doadores que os notificados, uma vez que O Brasil apresenta grande incidência de mortes por Acidentes Vasculares Cerebrais e de mortes por causas externas como acidente de trânsito e pela violência urbana. Desta forma a autora estima, com base em estudos internacionais, que entre 0,5 a 0,75% de todas as mortes, de 1 a 4% de todas as mortes no hospital ou ainda de 10 a 15% das mortes ocorridas em UTI sejam ME.

De acordo com Raia (2003), considera-se como potencial doador todo paciente em morte encefálica (ME). Na atualidade, o portador de ME tem sido o mais importante doador de órgãos para transplante. O diagnóstico de morte encefálica é definido pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) Nº 1480/97 como estado de *“ausência de atividade elétrica cerebral, ausência de atividade metabólica cerebral e de perfusão sangüínea cerebral”*, devendo ser registrado, em prontuário, um termo de declaração de morte encefálica, descrevendo os elementos do exame neurológico que demonstram ausência dos reflexos do tronco cerebral, bem como o relatório de um exame complementar. Nothen (2004) reforça que embora existam diferentes políticas de estímulo a doação de órgãos intervivos aparentados ou não, a doação de órgãos em casos de ME é uma prática recomendada pelas políticas de saúde pública e aceita em praticamente todo o mundo.

Um dos índices que guardam correlação com a competência em obter órgãos é o número de leitos de UTI, bem como o perfil da clientela atendida nestas unidades. Dados da Federação Nacional dos Estabelecimentos dos Serviços

de Saúde estimaram em 2003, um déficit de 4.000 leitos de UTI no país, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (BRASIL, 2004).

Para Orlando (2002), o processo de busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplante é constituído por diversas etapas seqüenciais que devem encadear-se de forma harmônica. Para tanto, requer uma complexidade tecnológica e profissionais altamente qualificados, sendo que Boas (2007) destaca que a educação em serviço é fundamental para o aperfeiçoamento, visando a melhoria dos profissionais e minimizando riscos.

Conforme Knobel (1999), há vários fatores que limitam a doação de órgãos (ordem decrescente de importância):

- a) falta de identificação de um potencial doador;
- b) cuidados clínicos inadequados com o doador;
- c) necessidade de exame subsidiário confirmatório de morte encefálica;
- d) inadequada abordagem dos familiares;
- e) familiares não autorizam a doação (em 30% a 40% das vezes);
- f) dificuldades no contato com as equipes de transplante;
- g) dificuldades na retirada de órgãos e
- h) dificuldades na distribuição dos órgãos doados.

Quando o autor se reporta a “inadequada abordagem familiar”, está mencionando o fato de que, para doadores de órgãos e tecidos com coração parado ou com ME, a autorização da captação dos órgãos e tecidos para transplante deve ser realizada por um familiar conforme a Lei nº 1.0211, que aboliu a doação presumida (GOLDIM, 2005).

Embora o diagnóstico de ME seja, do ponto de vista técnico, bem simples, utilizando meios semiológicos exequíveis em qualquer UTI, Nothen (2004) afirma que o desempenho das notificações ainda deixa muito a desejar por vários fatores e que se diferem de acordo com a região do Brasil. Relata que, com base em dados de Sistema Nacional de Transplantes (SNT) em 2005, foram identificados 4.714 potenciais doadores de órgãos para transplante no país, porém apenas 22,9% se tornaram doadores efetivos.

Se comparados por regiões no ano 2005, por exemplo, o Estado de Santa Catarina (SC) obteve 38,5% dos potenciais doadores que se tornaram doadores efetivos e o Estado da Paraíba (PB) obteve 100% de efetivação, porém se avaliarmos o número de potenciais doadores, SC notificou 31,2 potenciais doadores pmp contra somente 5,5 notificações pmp na PB no mesmo ano.

Outro fator importante para avaliar o programa de captação de órgãos e tecidos, relatado por Nothen (2004) é que na maioria dos estados brasileiros, não é possível o aproveitamento adequado de múltiplos órgãos por doador e que essa limitação se dá muitas vezes por problemas de manutenção ou de logística.

A mesma autora solicita atenção para estudos nacionais e internacionais que apontam pouco conhecimento por parte dos profissionais de saúde para identificar um potencial doador, realizar o diagnóstico de ME, bem como manutenção do potencial doador em UTI e outras atividades que este processo exige.

Para Garcia (2006), as políticas de captação de órgãos para transplante necessitam de ações descentralizadas e específicas, haja vista as diferenças nos indicadores regionais. No ano de 2006, a região Sul do Brasil obteve 9,7 captações pmp, seguidos das regiões Sudeste com 7,5 pmp, Nordeste com 4,5 pmp, Centro-Oeste com 4,5 pmp e na região Norte obteve-se somente 1,4 captações de órgãos pmp.

Nothen (2004) corrobora com a afirmativa de que os países que conseguem equilibrar sua demanda e oferta de órgãos e tecidos, têm obtido, no mínimo, 20 doadores p.m.p. e que na metade dos casos conseguem captar múltiplos órgãos nos casos de doadores com ME.

Apesar da avaliação pessimista de Garcia (2006), sobre os dados de transplante no Brasil em 2006, este autor indica um dado que considera ser animador que é a remoção de múltiplos órgãos em 80% dos doadores.

Nothen (2004) apresenta uma análise dos insucessos nos processos de captação de órgãos e tecidos para transplante com base nas notificações

realizadas às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) das Unidades da Federação Brasileira. Neste estudo, a autora descreve que 47,6% dos casos de insucesso foram caracterizados por Contra-indicação Médica (CIM), e enquanto que 36,7% do insucesso deve-se a Não Autorização Familiar (NAF). Ressalta-se que neste mesmo estudo, SC obteve 67% de casos com NAF e 12,6% de CIM. Estes dados traduzem que, em SC, os insucessos na efetivação de captações de órgãos e tecidos para transplantes estão mais relacionados às falhas na abordagem familiar do que na triagem do potencial doador.

Ao analisar o estudo de Nothen, foi possível observar que os dados de alguns Estados encontram-se inconsistentes, porém a autora relatou que os dados foram obtidos através de registros junto ao CNCDO, sugerindo sub-notificações de potenciais doadores.

“Não temos dados precisos sobre a incidência de ME no País devido a problemas importantes na identificação e notificação”(NOTHEN, 2004).

Nothen (2004) afirma que muitos recursos escassos como verbas ou insubstituíveis como os órgãos, podem ser otimizados se os profissionais agirem com presteza e adequação.

Com a finalidade de divulgar os resultados dos serviços de transplante, anualmente a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), apresenta um documento intitulado Registro Brasileiro de Transplantes. Trata-se de tabelas provenientes de cruzamentos dos dados fornecidos pelas CNCDO do Brasil sobre suas atividades de captação e de transplantes de órgãos e tecidos.

Nestes documentos pode ser observado que os transplantes de córneas no Brasil ultrapassaram a marca de 10.000 em 2006, sendo este o maior índice apresentado até então. Vale ressaltar, que os transplantes deste tecido vinha crescendo de forma significativa (de 1.713 captações em 1997 para 10.124 em 2006), porém no ano de 2007, houve um pequeno decréscimo, sendo transplantadas 9940 córneas neste ano.

No Brasil, os transplantes cardíacos também apresentaram uma diminuição, foram 204 casos em 2004 e somente 139 em 2006 e 136 casos em 2007. Embora Santa Catarina possua um centro de referência nacional em transplantes, o Estado realizou somente 3 transplantes de coração no ano 2007.

Em 1997 foram realizados 221 transplantes de fígado no Brasil. Este número cresceu gradativamente até 2004 (935 transplantes realizados) e a partir daquele ano, teve seu crescimento menos acentuado até 2006 (1025 transplantes). Em 2007, o País apresentou pequena diminuição no número de Transplantes realizados por ano (997 transplantes hepáticos). Vale ressaltar que em relação as captações deste órgãos, o País apresentou um crescimento no número de doadores vivos ao longo da história (de 2,71% dos doadores em 1997, para crescimento no número de doadores falecidos que em 1997 para pouco mais de 22% dos doadores de fígado em 2002) e que esta classe de doadores hepáticos vêm reduzindo ao ponto de representarem em 2007 somente 14% dos casos.

O Estado de Santa Catarina apresentou o quarto maior número de transplante hepáticos realizados no Brasil no ano de 2007 com 74 dos 997 transplantes realizados, sendo todos esses realizados a partir de doador falecido. Quando avaliadas as captações deste órgão, em relação a população por Unidade da Federação, tanto de doadores vivos como de falecidos, o Estado de Santa Catarina apresenta o maior número de captação de fígados, com 12,6 pmp. no ano de 2007.

O Brasil vem apresentando uma diminuição significativa no número de transplantes de pâncreas. Em 2004 realizou 70 transplantes, 63 transplantes em 2005, 57 em 2006 e em 2007 realizou 35 transplantes de pâncreas. Os transplantes conjugados de pâncreas e rins também acompanharam a queda apresentada pelo de pâncreas isoladamente. No Estado de Santa Catarina não foi realizado transplante de pâncreas isoladamente nos anos 2006 e 2007 e apenas um transplante de rim e pâncreas conjugados no ano de 2006.

Os transplantes pulmonares, um dos menos realizados no País e que o Estado de Santa Catarina não realiza, apresentaram no ano de 2007 discreto decréscimo no número de casos em relação a 2006 (de 49 para 46 casos).

Em relação aos transplantes de Medula óssea registrados no Brasil, vale ressaltar que apesar desta modalidade de transplante ter apresentado um crescimento se comparado ao ano de 2005, o Estado de Santa Catarina contribuiu com somente 2,8% dos transplantes de medula óssea.

Os transplantes ósseos apresentaram no ano de 2006 o maior crescimento, com 120%, sendo que entre 1997 transplantes ósseos realizados, somente 2 procedimentos ocorreram em Santa Catarina. Vale ressaltar que 78,9% desses transplantes foram realizados no Estado do Paraná.

O Transplante renal é o mais realizado atualmente no Brasil, chegando ao índice de 17,81 pmp no ano de 2006. Este índice tem forte contribuição dos estados da região Sul que transplantou 23,6 pmp no mesmo ano. Santa Catarina contribui como o terceiro Estado a realizar este tipo de transplante, mas apresentou decréscimo de 2,4% em relação ao ano de 2005.

Esta diminuição nos índices de transplantes realizados em 2006 pode ser parcialmente explicada ao analisar os dados globais de atividade captadora por Estado. Naquele ano o Brasil apresentou 30,6 pmp de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante, porém 80% destes não doaram órgãos, apesar que dos 1109 doadores efetivos em 2006, 80,1% foram doadores de múltiplos órgãos.

O Estado de Santa Catarina notificou mais potenciais doadores (42,4 pmp), os insucessos foram menores (69,9%) e a obtenção de múltiplos órgãos por doador foi maior (88%) se comparados aos coeficientes nacionais, sendo considerado o terceiro Estado em identificação de Potencial Doador pmp e o primeiro em sucesso de captações efetivadas com 12,8 pmp.

Com relação aos insucessos na captação de órgãos e tecidos para transplante o RBT apresenta uma análise das causas por Estado. Neste documento as causas de insucesso foram classificadas como Não Autorização Familiar

(NAF), Contra-Indicação Médica (CIM), Morte Encefálica Não Confirmada (ME-NC), Infra-Estrutura Inadequada (IE-I) e Outros.

Outro indicador que se apresenta com índice maior que a média nacional, está relacionada ao Diagnóstico de ME não confirmado.

Não houve registros de insucessos provocados por infra-estrutura Inadequada no Estado de Santa Catarina, porém ainda ocorrem em outros estados como Goiás que evidenciou 10,9% de insucessos relacionados a infra-estrutura inadequada para a realização das atividades.

O RBT apresenta ainda dados referentes a relação Potencial Doador por doações efetivas em que embora no Brasil o número de notificações de potenciais doadores tenha aumentado em relação ao ano de 2005, o número de doações efetivadas foi inferior se comparado ao mesmo ano.

Outro indicador que cabe ser apresentado neste momento, pois faz parte dos indicadores de avaliação das CIHDOTT contidos na Portaria 1.262/2006, trata do tempo médio do processo que compreende desde a notificação até a devolução do corpo à família. Santa Catarina apresenta um tempo médio de 39 horas enquanto a média Nacional é de 36 horas.

Por fim cabe registrar que o Estado de Santa Catarina além de ser reconhecido como um centro captador de órgãos e tecidos e de transplante, envia órgãos captados para outros CNCD. No ano de 2006, SC enviou para outros Estados 2,87% dos rins coletados, bem como 19,67% dos Fígados, 42,85% dos corações e 61,9% dos pâncreas captados nos Hospitais Catarinenses, justificando em parte a diminuição de transplantes ocorridos no Estado que foram apresentados no início desta subunidade.

3.3 Avaliação de Programas e serviços de Saúde

Os discursos de mudança e transformação social no início do século XXI abordam termos como reforma, transparência, equidade, atribuição de poderes, democratização, pluralidade, solidariedade, participação e justiça. Mercado e colaboradores (2005) relatam que o campo da saúde não ficou alheio a essas expressões e que desta forma os processos avaliativos fazem cada vez mais parte de discursos recentes dos organismos internacionais que apresentam uma visão otimista de um futuro embasado em princípios como os de equidade, participação, justiça e democracia.

Embora a avaliação informal ocorra de forma rotineira, existem critérios para determinar se um grupo de atividades avaliativas são bem desempenhadas e funcionam de acordo com seu potencial (CDC, 1999).

A avaliação em saúde no Brasil vem sendo desenvolvida de forma progressiva na última década (PAIM, 2005), mas apesar de inúmeras avaliações de campo terem sido realizadas, poucas instituições se preocuparam com a necessidade de incrementar a capacidade em nível local (MERCADO et al, 2005).

As políticas e programas sociais e de saúde são cada vez mais objetivos de avaliação no mundo todo, porém, a maioria das práticas avaliativas implementadas na região ibero-americana segue o modelo tradicional, muitas vezes fundamentada na tradição positivista, tendo como características adotar um pressuposto de que a realidade corresponde a um conjunto de fatos, objetivos observáveis e qualificáveis (BOSI et al, 2005)

Estas abordagens não-tradicionais ou emergentes da prática avaliativa recebem diversas denominações como avaliação qualitativa/participativa, democrática, de atribuição de poder, de quarta geração, interpretativa ou crítica (MERCADO et al, 2005)

A avaliação de serviços de saúde fornece um conjunto estruturado de representações para um atendimento exclusivo e diferenciado dos serviços de saúde. (AKERMAN; NADONOVSKI, 1992)

Bosi e Mercado (2005) apresentam quatro características que contribuem para uma boa prática avaliativa: participação, aprendizagem, negociação e flexibilidade, enquanto Minayo (2005) define como critérios para realizar uma boa pesquisa avaliativa a utilidade, viabilidade, ética e precisão.

Ao realizar uma revisão da literatura sobre os enfoques, modelos e experiências de avaliação emergentes de políticas e programas de saúde na América Latina, Mercado e Colaboradores (2005) encontraram meia centena de avaliações consideradas emergentes sobre a saúde e puderam observar um número muito mais expressivo destes enfoques nas áreas de agricultura e educação. Relatam ainda, que a maioria das avaliações dos programas de desenvolvimento foi solicitada por agências financiadoras do primeiro mundo e controlada pelos especialistas ou profissionais. Logo, poucos foram os conhecimentos compartilhados com os atores envolvidos no programa.

Vale ressaltar que no estudo citado anteriormente, pode ser observada a discussão da importância de combinações entre as metodologias quantitativas e qualitativas uma vez que, para os pesquisadores, esta combinação maximiza a confiabilidade dos resultados e tendem a contribuir ainda mais para a melhoria do desempenho do objeto estudado.

Conforme Penna Firme (2003), avaliações sensíveis à responsabilidade situacional e metodologicamente flexíveis, interagem em todas as dimensões para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do seu objeto.

Minayo (2005), afirma que uma competente análise de um programa torna mais evidente para a sociedade a aplicação de seus recursos, evitando desperdícios. A autora inclui os atores do programa não só como objeto de análise, mas como sujeito de auto-avaliação para que, durante o processo, eles se aproximem da compreensão dos dados com o intuito de realizarem mudanças e melhorarem as ações.

Esta abordagem é reforçada por Mercado e colaboradores (2005), quando sugerem que o ponto de vista “único” deve ser abandonado em benefício da pluralidade de pontos de vista coexistentes e, muitas vezes, em franca rivalidade.

Para Minayo (2005), os dados objetivos como indicadores e distribuições de frequência e dados subjetivos como significados, interações e participações são inseparáveis e interdependentes e define avaliar um programa como julgar, estimar, medir, classificar, analisar criticamente, tornando evidente para a sociedade a aplicação de seus recursos, evitando ou denunciando desperdícios. Toda a avaliação é útil, ética e tecnicamente adequada quando acompanha o desenrolar de uma proposta e subsidia a correção de rumos e a reorientação de estratégias de ação.

Rossi e colaboradores (1999), definem avaliação de programas como a utilização de metodologias de pesquisa social para investigar de forma sistemática, a efetividade de programas de intervenção social, que foi adaptada ao seu ambiente político e organizacional e planejada para conformar a ação social de maneira que contribua para a melhoria das condições sociais.

De acordo com Novaes (2000), pesquisa avaliativa é a sistemática para medir um fenômeno ou o desempenho de um processo e comparar os resultados obtidos com magnitude.

Já para Furtado (2004), avaliar é emitir um juízo de valor sobre determinada intervenção com critérios e referenciais explícitos, utilizando-se de dados e informações constituídos ou já existentes, visando a tomada de decisão.

Nogueira (2003) alerta para o fato de que avaliar pode ser um empreendimento de sucesso, mas também de fracasso; pode conduzir a resultados significativos ou a respostas sem sentido; pode defender ou ameaçar. O autor recomenda avaliações sensíveis à responsabilidade situacional, metodologicamente flexíveis, no entendimento político e substancialmente criativas para integrarem todas as dimensões do objeto avaliado, com vistas ao desenvolvimento e ao aperfeiçoamento deste programa ao serviço de saúde.

Para Minayo (2005), uma investigação avaliativa deve se distinguir da noção de investigação acadêmica.

Novaes (2000) classifica a Pesquisa avaliativa em três tipos de pesquisa: Investigação avaliatória, Avaliação para decisão e Avaliação para a Gestão, conforme quadro 01:

Quadro 01: Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados

Critérios	Investigação avaliativa	Avaliação para decisão	Avaliação para Gestão
Objetivo	Conhecimento	Tomada de Decisão	Aprimoramento
Posição do avaliador	Externo	Interno/externo	Interno/externo
Enfoque Priorizado	Impacto	Caracterização/compreensão	Caracterização/Quantificação
Metodologia Dominante	Quantitativo (qualitativo) Experimental/semi-experimental	Quantitativos e Qualitativos situacional	Quantitativos e Qualitativos situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Utilização da Informação	Demonstração	Informação	Instrumentos para Gestão
Juízo formado em relação à temporalidade	Hipóteses Pontual/replicado	Recomendações Corrente/pontual	Normas Integrado/contínuo

Novaes (2000)

Um dos indicadores avaliativos descritos por Donabedian (1992), é a qualidade, que consiste em alcançar os maiores benefícios possíveis em saúde, com o menor custo. Sugere ainda que o custo não deva ser o principal foco da atenção pelo avaliador, mas sim avaliá-lo juntamente com a qualidade do serviço, cujos critérios incluem principalmente efetividade e eficiência.

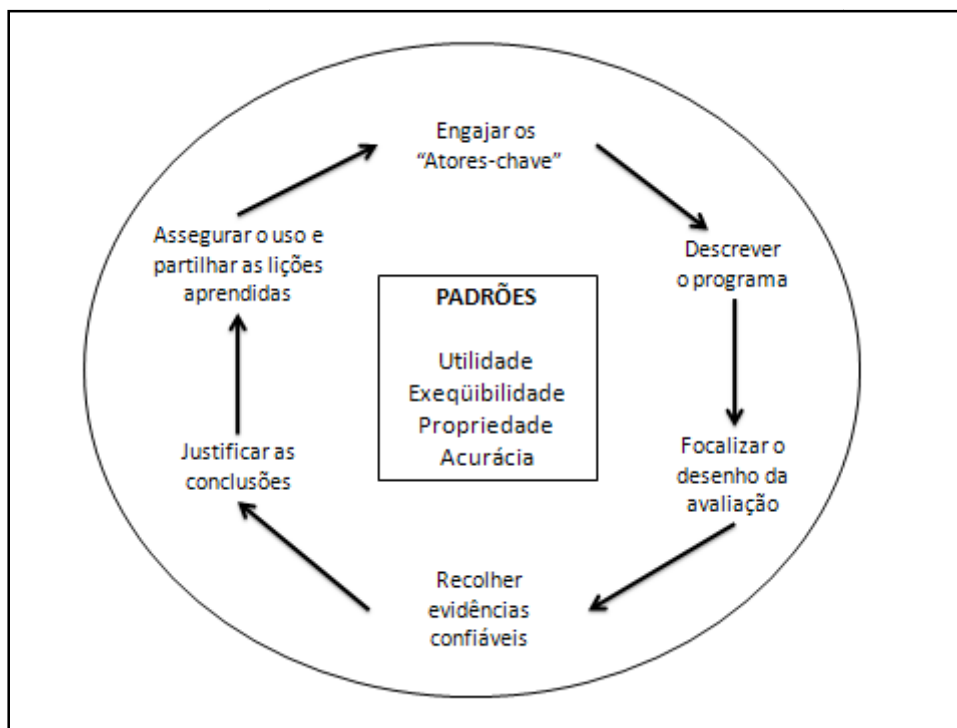
Desta forma, Donabedian (1992) recomenda a avaliação com enfoque na estrutura, processo e resultado, uma vez que uma boa estrutura aumenta as possibilidades de um processo e incrementa as possibilidades de um bom resultado.

Em relação à estrutura, estão as informações sobre os recursos físicos, humanos, materiais, organização e normalização dos programas e serviços, o processo se refere a tudo que medeia a relação profissional-usuário como as atividades realizadas pelos prestadores da atenção em saúde e aos resultados estão relacionados aos efeitos e aos produtos das ações, como modificações no estado de saúde de indivíduos ou da coletividade, de acordo com os objetivos da atenção.

O tipo de avaliação deve se adaptar as necessidades e oportunidades de cada situação particular, mas se possível, é preferível contar com as informações dos três enfoques da avaliação, já que a comparação de estrutura, processo e resultado, confere maior confiabilidade na realização de juízo e ajuda a explicar possíveis deficiências no desempenho (DONABEDIAN, 1992).

O *Center for Disease Control* (CDC) (1999) recomenda seis etapas para realizar uma avaliação de um programa ou de um serviço, apresentado na Figura 01 que será abordado a seguir:

Figura 01: Percurso metodológico para realizar avaliação de programas e serviços de saúde pública.



Fonte: CDC (1999)

- a) Engajar os atores-chave: Antes de realizar uma avaliação de serviço ou programas de saúde, o avaliador/pesquisador deve apresentar sua proposta de avaliação aos pares relacionados direta ou indiretamente ao objeto de estudo a fim conhecer as necessidades relatadas por estes, bem como criar um vínculo e conhecer as possibilidades e limitações iniciais para a realização da pesquisa.
- b) Descrever o programa: Para que se construa um projeto de avaliação seguindo os padrões de utilidade e exeqüibilidade, o avaliador deverá confeccionar um modelo lógico com as etapas e variáveis do processo do programa ou serviço a ser avaliado. Nesta etapa se faz necessário ter ciência da visão, missão, objetivos do serviço, clientela e produto final dos programas e serviços. A interrogação que norteia esta etapa é: Qual o programa e em qual contexto está?
- Para que se efetue uma avaliação adequada de um programa e serviço de saúde, Hartz e Vieira (2005) sugerem a criação de modelos lógicos que, segundo Donabedian (1992), se caracterizam por desenhos de sistema que, em um sentido mais amplo, inclui as características que influenciam no comportamento dos receptores reais e potenciais da atenção em saúde. O número, qualidade e localização das fontes de atenção se incluiriam dentro destas características, bem como a presença e peculiaridades pelas quais a atenção se fará acessível. Relata ainda que para avaliar a qualidade de um serviço, se faz necessário conhecer os objetivos da atenção, bem como os mecanismos legítimos para alcançar estes objetivos.
- c) Focalizar o desenho de avaliação: Após a descrição dos modelos lógicos, descritos anteriormente, o avaliador deverá responder as seguintes perguntas: O que será avaliado? Quais aspectos do programa serão considerados ao julgar o seu desempenho? Quais padrões (tipo ou nível de desempenho) devem ser alcançados para que o programa seja considerado bem sucedido?
- d) Recolher evidências confiáveis: Esta etapa tem como objetivo definir que evidência será utilizada para indicar como o programa vem sendo desempenhado. Inclui-se desta forma, a seleção das fontes de coleta de

dados e a forma de tratamento destes para a avaliação, tendo em vista os padrões de utilidade, exeqüibilidade, propriedade e acurácia.

- e) Justificar conclusões: Caracteriza-se pela análise dos dados, tendo como pergunta norteadora: Que conclusões acerca do desempenho do programa serão justificadas pela comparação de evidências disponíveis pelos padrões selecionados?
- f) Assegurar o uso e compartilhar lições aprendidas: Para finalizar o processo avaliativo, o avaliador deverá definir como as lições aprendidas pelo inquérito serão utilizadas para melhorar a efetividade em saúde pública.

O percurso metodológico proposto pelo CDC (1999) possibilita a construção de processos avaliativos aplicáveis a programas e/ou serviços de saúde simples e complexos de forma segura e eficaz. Sendo assim utilizou-se deste percurso para responder a seguinte pergunta de pesquisa:

Qual é o desempenho do Sistema de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplante no Estado de Santa Catarina entre junho de 2006 e maio de 2007?

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa avaliativa para a gestão conforme tipologia proposta por Novaes (2000).

4.2 Percurso Metodológico

O percurso metodológico desta pesquisa seguiu a metodologia para avaliação de programas e serviços de saúde, proposto pelo CDC (1999). Que é composto por seis etapas que serão descritas a seguir.

4.2.1 Engajar os Atores-chave

Este estudo teve como Atores-chave para seu desenvolvimento, a equipe da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado de Santa Catarina.

Inicialmente foi realizada uma reunião com o Gerente do órgão público descrito a fim de apresentar a intenção da pesquisa. Após a apresentação do projeto de pesquisa, foram realizados quatro novos encontros com a equipe da CNCDO/SC, que era composta pelo gerente, pela diretora da divisão técnica e pela enfermeira responsável pelo departamento de estatística do Serviço. Um outro encontro foi realizado com a Gerente do Departamento de Regulação e Auditoria (DRA) da Secretaria do Estado da Saúde.

Durante estes encontros foram discutidos componentes do projeto de pesquisa, sendo sugeridas pela equipe da CNCDO/SC, algumas alterações da proposta inicial, bem como foi discutido a viabilidade desta pesquisa.

Para firmar o engajamento dos Atores-chave foi solicitado formalmente a autorização para a coleta de dados provenientes dos bancos de dados da CNCDO/SC (APÊNCIDES 01 e 02). A Autorização foi emitida formalmente pela assinatura da Folha de Rosto do SISNEP.

Durante a realização da pesquisa, a CNCDO/SC se colocou a disposição para discussão para esclarecimentos que por ventura se fizessem necessários através de contato telefônico, eletrônico ou presencial conforme natureza da situação.

4.2.2 Descrever o Programa

Nesta etapa da pesquisa foi descrito o Sistema de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplante do Estado de Santa Catarina em relação ao organograma institucional, os serviços prestados, os recursos disponíveis, as unidades hospitalares credenciadas e os fluxogramas para busca, identificação, entrevista familiar e captação de órgãos e tecidos para transplante.

4.2.3 Focalizar o Desenho da Avaliação

Após a descrição do Sistema de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplante do Estado de Santa Catarina foram definidos os indicadores e as variáveis a serem estudadas para avaliar o desempenho do Sistema.

Foram coletadas variáveis de desempenho apresentadas entre 01 de julho de 2006 e 31 de junho de 2007. A escolha do período estudado foi realizada

levando em consideração a quantidade de notificações de potenciais doadores no período (1454) aliado ao fato de que no mês de junho de 2006, foi publicada a portaria 1.262/2006. Outro fator que contribuiu para a seleção do período a ser estudado foi a disponibilização dos dados no programa de gerenciamento de informações citado anteriormente.

Com vistas a atender os objetivos propostos por este estudo, foram determinados conceitos de Sucesso e Insucesso.

Foi considerado como sucesso no sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante, todo caso que foi notificado independente do tipo que tenha desencadeado para a captação de pelo menos um órgão ou tecido para fim de transplante.

Foram considerados insucessos os casos notificados em que não foram captadas córneas nem órgãos sólidos.

Considera-se como sucesso relativo os casos de ME que doaram somente córneas ou órgãos sólidos para transplante.

4.2.4 Recolher as Evidências Confiáveis

Os dados foram coletados a partir de registros oficiais de notificação de potenciais doadores de órgãos e/ou tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina, no período compreendido entre 01 de junho de 2006 até 31 de maio de 2007.

Estes dados foram disponibilizados pela gerência da CNCDO/SC através de um relatório analítico que contém as informações apresentadas no quadro 02.:

Quadro 02: Classificação das informações coletados a partir das notificações de potenciais doadores de órgãos e tecidos no Estado de Santa.

Variável	Definição	Informações encontradas (operacionalização)
RGCT	Número de registro da notificação de potencial doador de órgãos e tecidos para transplante no SNT. Cada notificação possui um número de registro em todo território nacional.	Números seqüenciais que não se repetem
Data	Data em que a notificação foi realizada ao CNCDO, sendo esta a data de abertura do protocolo de busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplante. Esta data pode ser a mesma da captação, porém em alguns casos o protocolo pode ser fechado por sucesso ou insucesso do dia seguinte, haja vista que o protocolo requer tempo de intervalo entre os testes de Morte Encefálica por exemplo.	Seqüência de datas entre 01 de junho de 2006 a 31 de maio de 2007.
Nome	Nome completo do potencial doador Com este dado foi caracterizado e identificado somente o sexo do potencial doador.	<ul style="list-style-type: none"> • MASCULINO • FEMININO
Tipo	Natureza da notificação	<ul style="list-style-type: none"> • ME: pacientes com suspeita de morte encefálica; • PCR: indivíduos vítimas de morte com coração parado.
Status Múltiplos órgãos	Resultado do protocolo de busca ativa e captação de órgão sólidos; Esta variável era encontrada somente nos casos de ME, uma vez que nos casos de PCR não é possível captar órgãos sólidos e somente córneas	<ul style="list-style-type: none"> • FINALIZADA • RECUSA
Recusa	Caracterização dos motivos	<ul style="list-style-type: none"> • CIM: para os casos

Múltiplos Órgãos	de recusa no “Status Múltiplos Órgãos”; Nos casos de PCR e nos casos em que o “Status Múltiplos Órgãos” foi caracterizado como FINALIZADA, este campo aparece em branco;	<p>confirmados de ME em que o paciente apresentava alguma contra-indicação médica absoluta para a utilização de órgãos e tecidos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • NAF: para os casos de não autorização familiar; • IDADE: para os casos em que os pacientes possuíam idade maior que o estabelecido pela CNCDO para a remoção de órgãos e tecidos; • PCR: para os casos em que o paciente apresenta morte com coração parado antes de encerrar os testes para ME ou da entrevista familiar; • SOROLOGIA POSITIVA: para os casos em que foi realizada a remoção de órgãos e tecidos, porém os exames clínicos com o sangue do doador evidenciaram sorologia positiva que contra-indicasse o transplante; • ME-NC: para os casos em que a Morte Encefálica não foi confirmada através dos exames previstos pelo CFM e por fim a informação; • OUTROS: que está relacionado aos casos em que não foi possível captar os órgãos por causas não relatadas acima.
Status Córnea	Resultado do protocolo de busca ativa e captação de córneas;	<ul style="list-style-type: none"> • FINALIZADA: casos em que foram captadas as córneas; • RECUSA: Casos em que não foi possível captar as córneas
Recusa córnea	Caracterização dos motivos de recusa no “Status córneas”; Nos casos em que as córneas foram captadas, este campo aparece em branco.	<ul style="list-style-type: none"> • FAUSANTE: para os casos em que não foi possível contatar com a família do potencial doador em tempo hábil para realizar a captação deste tecido. • CIM: para os casos confirmados de ME em que o paciente apresentava alguma contra-indicação médica absoluta para a utilização de

		<p>órgãos e tecidos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • NAF: para os casos de não autorização familiar; • IDADE: para os casos em que os pacientes possuíam idade maior que o estabelecido pela CNCDO para a remoção de órgãos e tecidos; • PCR: para os casos em que o paciente apresenta morte com coração parado antes de encerrar os testes para ME ou da entrevista familiar; • SOROLOGIA POSITIVA: para os casos em que foi realizada a remoção de órgãos e tecidos, porém os exames clínicos com o sangue do doador evidenciaram sorologia positiva que contra-indicasse o transplante; • ME-NC: para os casos em que a Morte Encefálica não foi confirmada através dos exames previstos pelo CFM e por fim a informação; • OUTROS: que está relacionado aos casos em que não foi possível captar os órgãos por causas não relatadas acima.
Hospital	<p>Nome da instituição notificadora Os nomes das instituições foram codificados em uma seqüência de até oito letras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CARIDADE • CEPON • CHUNIMED • HCORACAO • HDHELENA • HDSALVAD • HFPOLIS • HGCRAMOS • HHAORTIZ • HIJGUSMA • HMIJAFARIAS • HMMKB • HMSJOSE • HNRAMOS • HNSCONCE • HRAVALE • HRJOINVIL • HROESTE

		<ul style="list-style-type: none"> • HRSJOSE • HSINES • HSISABEL • HSJBATIST • HSJCRICI • HSTEREZI • HUFPOLIS • HUPANJO • ICARDIO • IMLCRICI • IMLFPOLI • SVOFPOLI • MDVARGAS
--	--	--

Outra fonte de informação utilizada para a coleta dos dados foi o banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES). Dentre as informações contidas no CNES, foram utilizados alguns dados julgados relevantes para caracterizar tais instituições hospitalares de acordo com os objetivos do estudo. Desta forma foram coletados os dados categorizados no quadro 03:

Quadro 03: Classificação das informações obtidas a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Variável	Definição	Informações encontradas (operacionalização)
Cidade	Nome da cidade em que a unidade hospitalar está situada	<ul style="list-style-type: none"> • FLORIANOPOLIS • JOINVILLE • BAL CAMBORIU • VIDEIRA • CURITIBANOS • ITAJAI • TUBARAO • RIO DO SUL • CHAPECO • SÃO JOSE • BLUMENAU • CRICIUMA • JOACABA
Tipo	Caracterização da instituição em relação ao tipo de serviços prestados	<ul style="list-style-type: none"> • HG: Hospital geral • HESP: Hospital especializado
Esfera Administrativa	Classificação do corpo administrativo do hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Estadual • Privada

	em relação a esfera governamental	<ul style="list-style-type: none"> • Federal • Municipal
Gestão	Associação com modalidades de gestão pública de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Partilhada: Para instituições geridas por duas esferas do governo • Municipal • Estadual
Natureza	Classificação da Natureza financeira da instituição	<ul style="list-style-type: none"> • Pública • Privada • Sem Fins Lucrativos
Porte	Classificação da instituição pelo porte seguindo os critérios de número de leitos e número de leitos de UTI conforme Portaria 2.224/GM de 05 de dezembro de 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Porte I • Porte II • Porte III • Porte IV
TC	Existência de aparelhos para realização de Tomografia computadorizada. Não foi levado em consideração o número de equipamentos existentes	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
VM	Existência de aparelhos de Ventilação Mecânica. Neste campo foi classificado conforme adequação do número de aparelhos de VM por leito de UTI conforme Moura Júnior et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Adequado • Inadequado
EEG	Existência de aparelhos para realização de eletroencefalografia.	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não

O banco de dados criado com estas informações coletadas do CNES foi acrescido de dados coletados no banco de dados eletrônicos disponíveis na internet na página da CNCDO/SC. Com estes dados foi possível classificar os estabelecimentos de saúde como exposto no quadro 04:

Quadro 04: Classificação das informações coletadas na base de dados da CNCDO/SC.

Variável	Definição	Informações encontradas (operacionalização)
Busca Ativa	Credenciamento para realização de busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplante. Nesta base de dados foi possível encontrar somente as instituições com credenciamento para tal função	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
TX	Credenciamento para realização de qualquer modalidade de transplante. Nesta base de dados foi possível encontrar somente as instituições com credenciamento para tal função	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não

Em relação ao Plano Estadual de Transplantes de 2006, as unidades notificadoras foram classificadas como sendo consideradas estratégicas para o Estado ou não.

Outro Banco de dados utilizados para a coleta de dados desta pesquisa foi o registro de mortalidade do Estado de Santa Catarina. Trata-se do banco de dados com os registros de todas as declarações de óbitos emitidas no Estado de Santa Catarina. Este banco de dados foi depurado sendo selecionadas as informações necessárias para a conclusão desta pesquisa que serão apresentadas no quadro 05.

Quadro 05: Caracterização dos dados coletados na base de dados do sistema de mortalidade da Secretaria de Estado da Saúde.

Variável	Definição	Informações encontradas (operacionalização)
Registro	Número da Declaração de óbito	Estes dados não são utilizados para fim de análise
Data	Data do óbito	Foram utilizados todos os registros de óbitos ocorridos entre os dias 01 de junho de 2006 e 31 de maio de 2007
Local	Classificação do local onde ocorreu o óbito	Foram selecionados todos os óbitos ocorridos em hospitais no Estado no período estudado.
Código do estabelecimento	Número do hospital onde ocorreu o óbito de acordo com o CNES	Foram selecionados os números de cadastro junto ao CNES contidos em todos os óbitos para identificar e relacionar com as unidades notificadoras pertencentes a esta pesquisa

4.2.5 Justificar as Conclusões

Os dados coletados foram digitados em planilhas de banco de dados do programa Microsoft Excell® e transportados para o programa de análise de dados Epiinfo® para realizar as análises necessárias para atender os objetivos esta pesquisa.

Após o cruzamento dos dados coletados os mesmos foram depurados e analisados a luz do embasamento teórico levantado, bem como dos modelos lógicos construídos neste trabalho

4.2.6 Assegurar o uso e partilhar

Após o término da versão preliminar desta pesquisa, foi agendado com a equipe da CNCDO/SC uma reunião para a socialização dos dados a fim de discutir com estes os resultados encontrados.

Os resultados desta discussão foram avaliados através da análise dos dados descritos no instrumento citado e incorporados no corpo do trabalho concluindo assim o percurso metodológico proposto.

4.3 Aspectos Éticos

O projeto deste estudo foi apreciado e recebeu aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Itajaí em 26 de outubro de 2007, pelo Parecer Consubstanciado número 563/07 (ANEXO 1) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina em 04 de abril de 2008, pelo parecer número 0014.1303-08 (ANEXO 2).

5. DESENVOLVIMENTO

5.1 Descrição do Sistema de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplante do Estado de Santa Catarina

Entende-se como sistema Catarinense de Captação de órgãos e tecidos para transplante o conjunto de ações e serviços que envolvem estas atividades. Este sistema não é encontrado no organograma da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, mas é parte integrante da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado (CNCDO/SC).

A CNCDO/SC foi criada por um Decreto Estadual em 1999, por força da lei 9.9434/97, sendo caracterizada como unidade integrante as estrutura administrativa da Secretaria de Estado da Saúde (SES). Atualmente está inserida na gerência da SC Transplantes da SES, sendo responsável pela coordenação operacional da Política Estadual de Captação e Transplantes de órgãos e tecidos do Estado. Está vinculada diretamente à Diretoria de Serviços Especializados, da Superintendência da Rede de Serviços Próprios.

Em 2006, a rede pública de saúde contava com doze unidades distribuidoras, dentre elas nove eram somente unidades captadoras e na rede privada estavam cadastradas três unidades para captação de órgãos e tecidos no Estado de Santa Catarina.

Naquele ano, o Estado de Santa Catarina criou o seu primeiro Plano Estadual de Transplantes. Neste documento está descrito que é competência da Gerência da SC Transplantes: “Atender a população catarinense no que diz respeito à doação, captação distribuição e transplantes de órgãos e tecidos humanos.”

O Documento oficial está disponível a população no site da SES na internet e por tanto é caracterizado como um documento de domínio público. Nele estão informações e as definições de como funciona o Financiamento e a

operacionalização do sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante neste Estado, que estão apresentadas abaixo em uma forma compacta:

- A Busca Ativa de potenciais doadores nas unidades hospitalares é um procedimento inerente às CIHDOTT's, já nas unidades não assim classificadas como Instituto médico Legal (IML) e Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), esta atividade deve ser realizada pela SC Transplantes.
- A Notificação de potenciais doadores à SC Transplantes é prevista como ato compulsório pela legislação vigente e se dá com a abertura do protocolo de diagnóstico de ME, regulamentado pelo Decreto do CFM 1480, ou quando na ocorrência de uma Parada Cardiorrespiratória (PCR) irreversível.
- A captação ocorre após o diagnóstico de morte e assinatura do Termos de Doação pela família, obedecendo os critérios técnicos específicos para cada órgãos ou tecido.
- O Financiamento específico das atividades pré-transplante está vinculado ao próprio transplante conforme deliberação da Comissão Intergestora Bipartite (CIB)
- Todos os estabelecimentos e equipes que desejam atuar na área de captação e transplante de órgãos e tecidos, devem ser cadastradas na gerência da SC Transplantes, para inclusão no Sistema Nacional de Transplantes.
- Os estabelecimentos de caráter privado ou filantrópico, credenciados para transplantes sem financiamento pelo Sistema Único de Saúde, também deverão atender as exigências das instituições públicas.

Este documento apresenta ainda condutas e metas a serem atingidas para o credenciamento de instituições para realizar a busca ativa e captação, como exemplo, obter a captação de córneas de 20% dos óbitos por hospital.

Sobre o processo de controle e avaliação, o Plano Estadual de Transplante determina que estes processos seguirão as normas estabelecidas pelo Sistema

Nacional de Auditoria através da Gerência de Auditoria e da Diretoria de Regulação ou seu respectivo componente municipal habilitado. Para tanto, serão realizadas análises periódicas e sistemáticas, visando avaliar a qualidade dos processos e sistemas e serviços.

Por fim o referido documento discorre sobre as Diretrizes políticas mencionando que um sistema efetivo de captação e transplante de órgãos e tecidos seguiriam alguns critérios na captação e distribuição como o fluxo de referência e contra-referência obedecendo a política de regionalização e territorialização vigentes. Desta forma as unidade de menor complexidade deveriam encaminhar o potencial doador às unidades de referência credenciados para a captação e que em situações especiais, equipes de outras UF poderão estar diretamente envolvidas na captação de órgãos como pulmão, desde que com autorização da CNCDO/SC.

Afirma ainda que os esforços para a implementação de melhores resultados no sistema de captação deveria seguir ações estratégicas fixadas em instituições com o que foi considerado maior potencial de captação no Estado, sendo estes os hospitais credenciados para alta complexidade em Neurocirurgia em de Santa Catarina e que estão apresentadas no quadro 06.

Os Níveis referidos do quadro 06, se referem a um sistema de classificação para alta complexidade determinada pelo Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde, definidos através da Portaria nº 569, de 15 de agosto de 2002 da Secretaria de Assistência a Saúde (BRASIL, 2002), caracterizando os níveis da seguinte forma:

- a) Nível I - Que realiza 48 Neurocirurgias/ano; UTI, Radiologia com Angiografia; acesso à tomografia computadorizada; laboratório 24 horas; 1 Neurocirurgião com título de Especialista;
- b) Nível II - Que realiza 96 Neurocirurgias/ano; sobreaviso de Neurocirurgião; Serviço de Tomografia; Realiza angiografia de 4 vasos ou tem acesso, possuindo 2 Neurocirurgiões com título de especialista; e
- c) Nível III - Que realiza 120 Neurocirurgias/ano; acesso à ressonância magnética, Neurorradiologia Intervencionista e Radioterapia; 3 Neurocirurgiões com título de especialista; Biblioteca

Quadro 06: Distribuição dos hospitais credenciados para alta complexidade em neurocirurgia no Estado de Santa Catarina por nível de complexidade.

Região	Cidade	Hospital	Nível
Extremo Oeste	Chapecó	Hospital Lenoir Vargas Ferreira	II
Sul	Criciúma	Hospital São José	II
	Tubarão	Hospital Nossa Senhora da Conceição	II
Vale do Itajaí	Rio do Sul	Fundação de Saúde do Alto Vale do Itajaí	I
	Itajaí	Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen	I
	Balneário Camboriú	Hospital Santa Inês	I
	Blumenau	Hospital Santa Isabel	II
Nordeste	Joinville	Hospital Municipal São José	II
		Hospital Regional Hans Dieter Schmidt	I
	Jaraguá do Sul	Hospital e Maternidade São José	II
Planalto Serrano	Lages	Hospital Nossa Senhora dos Prazeres	II
Meio Oeste	Caçador	Sociedade Franco Brasileira Hospital Maicé	I
	Concórdia	Hospital São Francisco	I
	Joaçaba	Hospital Santa Terezinha	I
Grande Florianópolis	Florianópolis	Hospital Governador Celso Ramos	II
		Hospital Infantil Joana de Gusmão	II
		Hospital de Caridade	I

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina

É possível perceber com o quadro 06 que as sete macrorregiões do Estado de Santa Catarina estão cobertas por este serviço, porém nenhum hospital credenciado para alta complexidade em Neurocirurgia possui classificação Nível III no Estado.

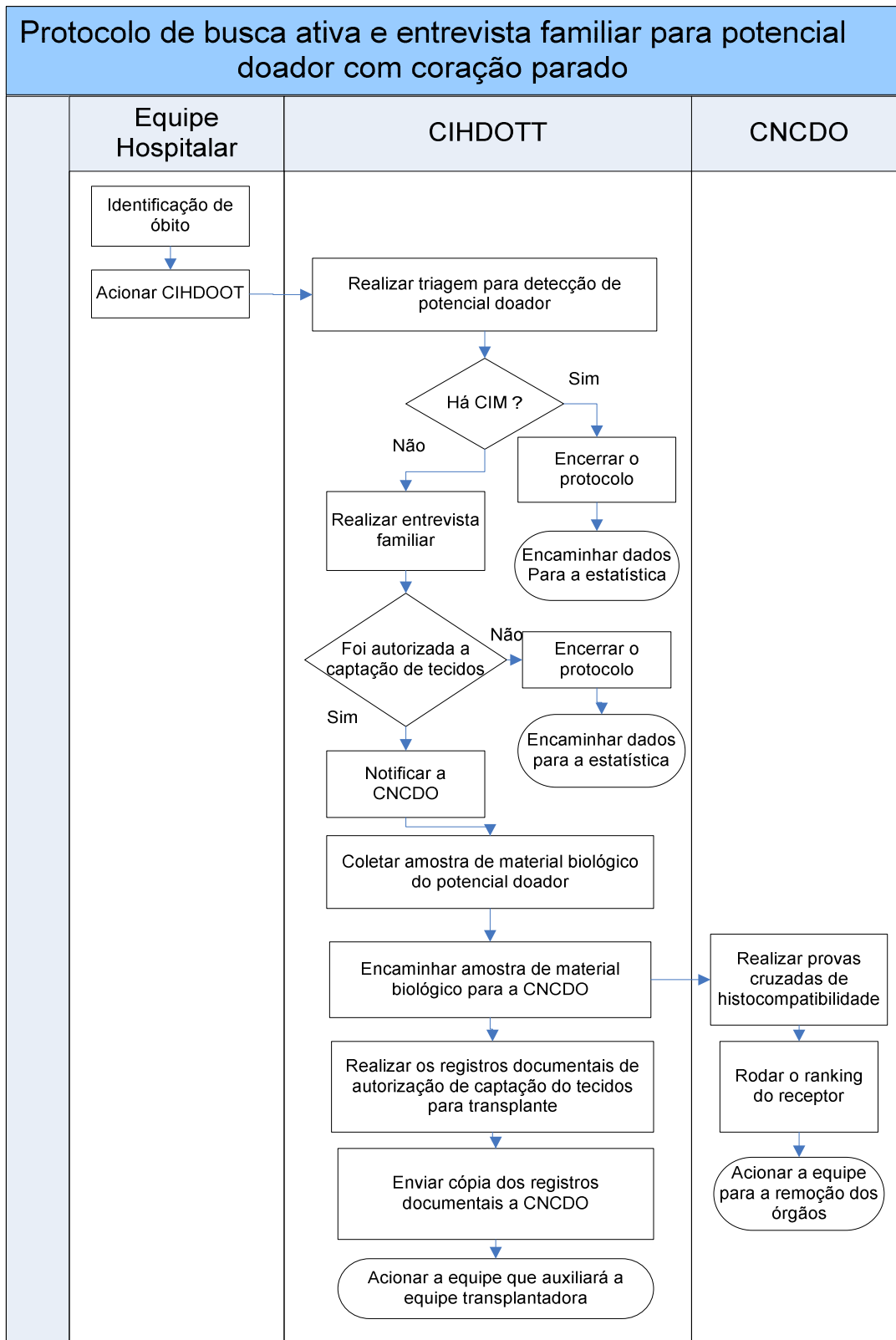
5.1.1 Modelos Lógicos para Busca Ativa e Captação de Órgãos e Tecidos para Transplante

Para realizar a avaliação do Sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina, se faz necessário primeiramente construir modelos lógicos para identificar as particularidades do objeto a ser estudado. Esses modelos são definidos por Hartz (2005), como um esquema visual que apresenta como um programa deve ser implementado, quais as suas finalidades e que resultados deverão ser obtidos através deste programa.

Neste capítulo serão apresentados os modelos lógicos construídos com a finalidade de definir os atributos avaliativos desta pesquisa. Vale ressaltar que estes modelos lógicos foram construídos pelo pesquisador e submetido a apreciação da gerente da divisão técnica do CNCDO/SC, que sugeriu alterações e por fim aprovou-os.

O primeiro modelo lógico apresentado na figura 02 se refere ao processo de busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplante em unidades de internação e serviços de emergência com potencial doador com coração parado.

Figura 02: Protocolo de busca ativa e entrevista familiar para potencial doador com coração parado.



Os profissionais de saúde do hospital, quando encontram uma situação de óbito ocorrido em suas unidades devem acionar o membro da CIHDOTT de sua instituição. Para que esta comunicação ocorra de forma ágil e segura, a instituição hospitalar deve ter informado a todos os profissionais que nela atuam qual membro da CIHDOTT deverá ser acionado, através de que via (telefone ou outro sistema de comunicação interna). Os hospitais podem ter definido um profissional exclusivo para a CIHDOTT ou então manter uma escala de plantão ou sobreaviso para esta função.

O membro da CIHDOTT que foi acionado deverá realizar uma triagem do potencial doador através do histórico, que é composto por dados contidos no prontuário do paciente como exames laboratoriais, hábitos de saúde, história pregressa de saúde, avaliações médicas e multiprofissionais. Com esta triagem se pretende verificar as Contra-Indicações Médicas (CIM) absolutas ou relativas, que são condições clínicas ou patologias que desaconselham a realização da captação de órgãos e tecidos para transplante. Caso haja CIM no caso em avaliação, o membro da CIHDOTT deve interromper o protocolo, notificar a CNCDO e encaminhar os dados da investigação para registros estatísticos. Caso o cadáver estiver caracterizado como Potencial Doador (PD) será necessário identificar os familiares para que possa ser realizada a entrevista familiar.

Esta entrevista familiar deverá ser realizada em local adequado por um profissional habilitado, o que requer do hospital a disponibilização de espaço físico e de recursos humanos capacitados. A abordagem familiar visa esclarecer dúvidas dos familiares, dar suporte emocional e obter a autorização para captação de órgãos e tecidos para transplante. Caso o membro da CIHDOTT não obtenha a autorização familiar (NAF), ele deverá encerrar o protocolo e encaminhar os dados de busca ativa e abordagem familiar para registros estatísticos a CNCDO e aciona. Caso a captação seja autorizada, o profissional deverá prestar as orientações quanto a conduta a ser tomada, realizar os registros dos formulários deste protocolo, colher a assinatura do termo de autorização e notificar o potencial doador ao CNCDO.

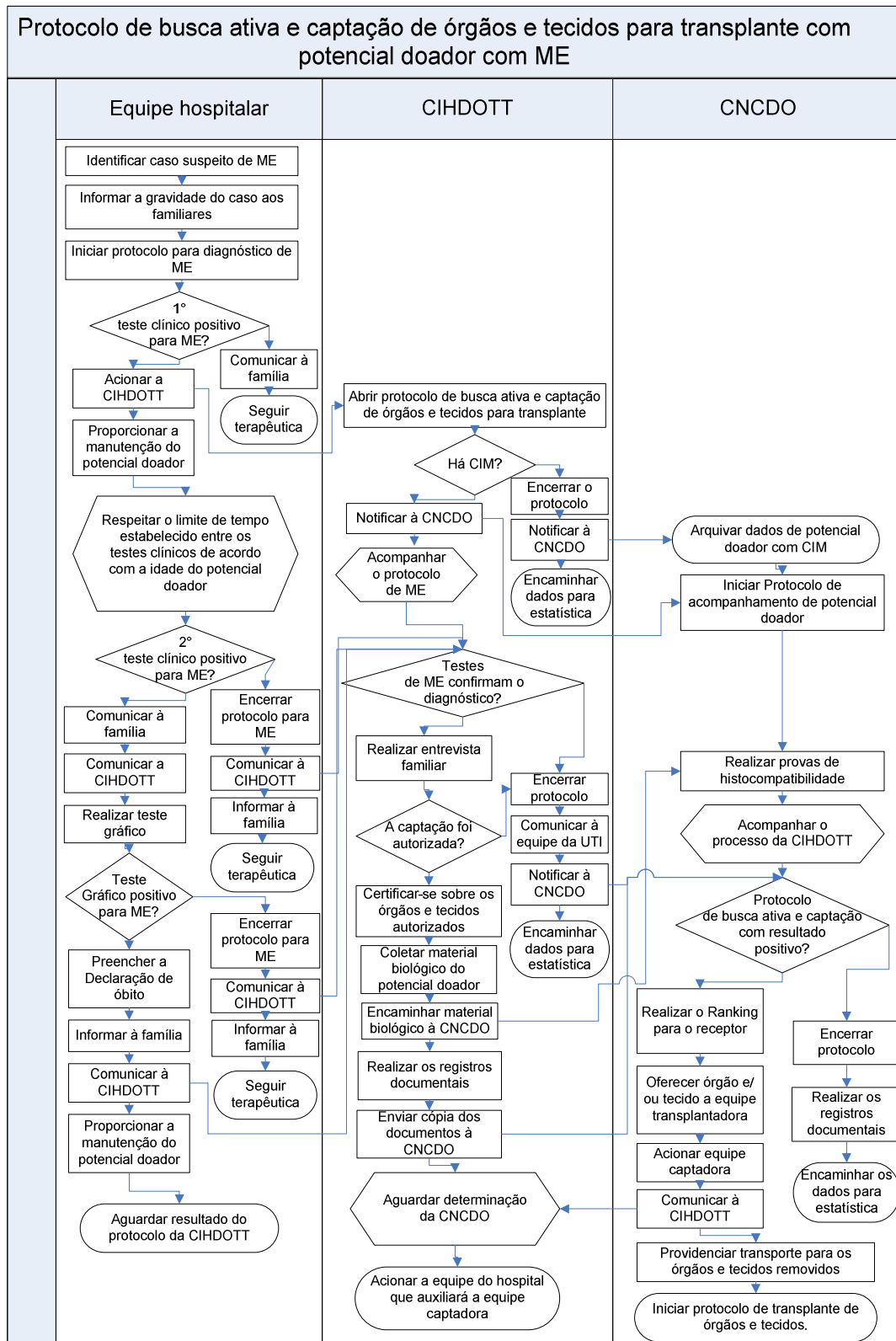
Assim que o membro da CIHDOTT encerrar a abordagem dos familiares deverá providenciar a coleta de quarenta mililitros de sangue do cadáver para ser enviada ao CNCDO a fim de realizar exames de laboratoriais do potencial doador e cruzar estes dados com o banco de dados da lista de espera dos órgãos e tecidos. Este sangue coletado pode ser encaminhado ao CNCDO de acordo com a disponibilidade da instituição e localização geográfica em que ela se encontra. Dentre as formas de transporte de material biológico preconizadas pelo CNCDO/SC, estão o transporte rodoviários privativo, com a disponibilização de um automóvel próprio para encaminhar este material; transporte rodoviário coletivo, através da utilização de transportadoras de produtos ou ônibus de linha comercial e transporte aéreo, com a utilização de helicópteros da Secretaria de Segurança Pública em casos específicos.

Após o envio do material para o CNCDO, o profissional da CIHDOTT deverá concluir os registros de busca ativa, abordagem familiar e captação de tecidos realizados até o momento e enviar cópia da documentação do processo a CNCDO via fax e acionar o responsável pelo bloco cirúrgico e serviços de apoio para que se organizem para o procedimento de remoção dos tecidos para transplante.

O CNCDO, por sua vez, é responsável por delegar uma equipe para a remoção de órgãos e tecidos, de acordo com a autorização dos familiares. Há hospitais em que possuem equipe de remoção de tecidos, mesmo assim são acionados pela CNCDO. Nas instituições que não possuem equipe própria de remoção de tecidos, fica a cargo do CNCDO acionar uma equipe que se deslocará ao local para realizar o procedimento cirúrgico.

Em relação ao protocolo de busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplantes com potenciais doadores com diagnóstico de ME, se diferencia do modelo lógico anterior por apresentar outras particularidades como é possível ser observado na figura 03, pois o potencial doador se encontra na UTI necessita da comprovação do diagnóstico de ME determinado pelo CFM.

Figura 03: Protocolo de busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplante com potencial doador em ME



Conforme apresentado na figura 03, os profissionais de saúde que atuam nas UTI's devem estar atentos para a ocorrência ME entre seus internos. Quando da possibilidade de um paciente estar em ME, o médico responsável pelo cuidado do indivíduo deverá iniciar o protocolo para o diagnóstico de ME de acordo com a Lei GM 9.434 de 1997.

Vale ressaltar que o diagnóstico de ME somente poderá ser fornecido por médicos e que a decisão de realizar ou não este diagnóstico deve ser de responsabilidade da equipe da UTI. Ressalta-se ainda a importância de manter a família sempre informada dos procedimentos que estão sendo realizados com o paciente.

O protocolo para diagnóstico de ME é composto por dois testes clínicos e um teste gráfico comprobatório. Estes testes devem ser realizados por dois médicos diferentes e um destes necessariamente deve ser neurologista. De acordo com a Lei que embasa este protocolo, os familiares do paciente têm o direito de solicitar que um profissional médico de sua confiança acompanhe o processo de diagnóstico de ME.

Para a realização dos testes clínicos para diagnóstico de ME, as UTI's necessitam de profissionais habilitados e equipamentos adequados como otoscópio, aparelhos de ventilação mecânica, gasômetro, entre outros materiais comumente encontrados nestas unidades.

Após o primeiro teste clínico, caso não haja a confirmação de ME, o protocolo deve ser encerrado e a terapêutica deverá ser mantida. Com a confirmação do primeiro teste como positivo para ME, a equipe da UTI deverá acionar o membro da CIHDOTT, que deverá notificar o primeiro teste positivo para ME.

Para a realização do segundo exame clínico, se faz necessário aguardar o tempo exigido pela lei 9.434 conforme tabela 01.

Tabela 01: Intervalos de tempo exigidos entre os dois testes clínicos para a obtenção do diagnóstico de ME.

Idade	Intervalo entre as avaliações
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

Fonte: Brasil (1997)

Caso o segundo teste clínico se demonstrar negativo para ME deve-se agir de acordo com o listado no primeiro teste clínico. Em casos de confirmação de ME, o profissional da UTI deverá informar os familiares e acionar a equipe responsável pela realização do teste gráfico comprobatório. Este teste gráfico deverá ser feito por profissional habilitado e pode ser realizado através de arteriografia cerebral, eletroencefalografia ou doppler cerebral de acordo com a disponibilidade de pessoal e de recursos materiais e equipamentos por parte da instituição hospitalar. Após a confirmação do diagnóstico de ME pelo teste gráfico, o profissional da CIHDOTT deve providenciar a entrevista familiar.

Para realizar a entrevista aos familiares para obtenção da autorização de remoção de órgãos e tecidos para transplante, o profissional da CIHDOTT deverá identificar os familiares do potencial doador. Esta entrevista deverá ser feita somente após o médico da UTI ou o médico assistente informar o diagnóstico de ME comprovado aos familiares. Esta abordagem deverá ser realizada em local apropriado, livre de circulação de pessoas e de ruídos externos. Deve ser um lugar em que os familiares possam expressar suas angústias e emoções.

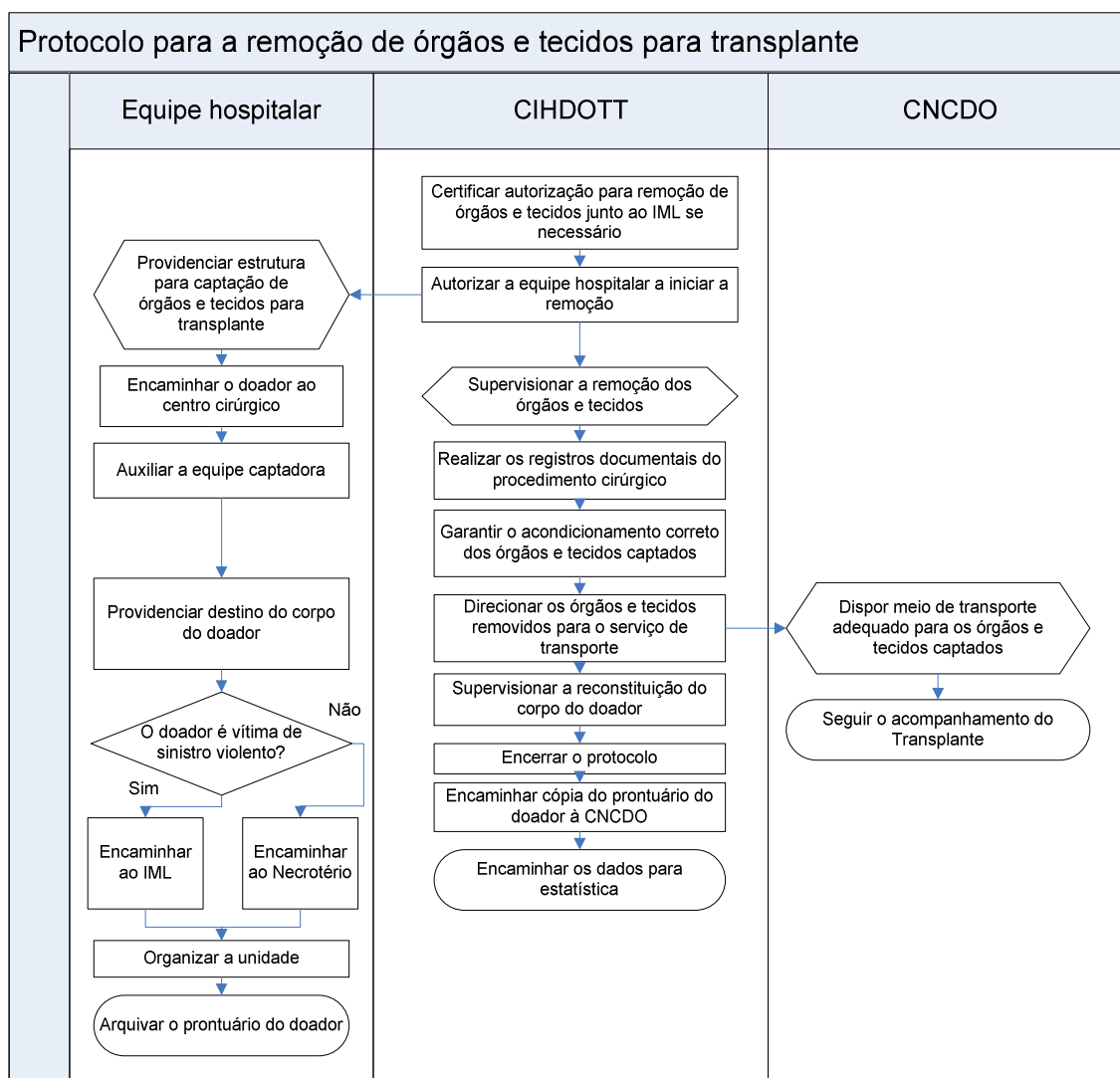
Em caso de Não Autorização Familiar (NAF), o protocolo deverá ser encerrado, o CNCDO deverá ser comunicado e as informações deverão ser encaminhadas para a estatística.

Ao obter a autorização familiar para a remoção dos órgãos e tecidos, esta deverá ser devidamente registrada e assinada pelos familiares, enviar cópia da autorização a CNCDO.

Outra atividade que deve ser realizada pelo membro da CIHDOTT logo após a autorização familiar, é a coleta de 40 mililitros de sangue para enviar a CNCDO para realizar os testes de histocompatibilidade conforme mencionado no modelo lógico anterior, para então providenciar a remoção dos órgãos e tecidos para transplante.

As atividades que envolvem a remoção e transporte de órgãos e tecidos para transplante encontram-se resumidos no modelo lógico da figura 04.

Figura 04: Protocolo para a remoção de órgãos e tecidos para transplante.



Após ter confirmado o potencial doador de ME ou cadáver, e tendo a autorização familiar, a CNCDO irá acionar a equipe de remoção de órgãos, e o

membro da CIHDOTT deverá acionar a equipe no bloco cirúrgico e serviços de apoio conforme descrito anteriormente. Algumas instituições possuem em seu quadro de médicos, profissionais habilitados para realizar a remoção de órgãos. Caso não possuam, o CNCDO se responsabiliza em delegar uma equipe para realizar este processo de acordo com os órgãos ou tecido a serem removidos.

Devido a complexidade do processo, a remoção de órgãos e tecidos é a fase da busca ativa e captação que necessita de maior número de materiais e de pessoal habilitado. Esta fase do processo de captação de órgãos e tecidos para transplante pode sofrer variações particulares em cada instituição hospitalar e de acordo com o órgão a ser removido.

Enquanto a equipe de remoção, o bloco cirúrgico e os serviços de apoio se organizam, o profissional da CIHDOTT deve verificar com o CNCDO o local para onde este órgão será transportado para realizar o transplante. Este local pode ser na mesma instituição ou em outras conforme lista de espera, órgão ou tecidos captados e características do hospital. Durante a remoção dos órgãos é imprescindível a presença de um membro da CIHDOTT no Centro cirúrgico para gerenciar o processo de registros documentais, conservação dos órgãos ou tecidos e encaminhamentos imediatos destes para o destino definido. Também durante este processo há que se destinar um profissional para dar apoio e orientações necessárias aos familiares do doador.

Para o transporte do órgão para transplante se faz necessária uma rede de apoio logístico que poderá ser realizado via terrestre em automóvel exclusivo ou via aérea de acordo com geografia regional, local a ser transplantado e tempo de conservação dos órgãos após remoção.

Enquanto a equipe de remoção providencia a reconstituição do corpo do doador, o profissional da CIHDOTT deverá providenciar os registros do processo de captação e do óbito conforme determina a legislação vigente. Ao terminar o processo de remoção dos órgãos, o corpo deve ser entregue a família através de uma agência funerária, ou em caso de morte por causas violentas, este corpo deverá ser encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML), para realizar o registro de óbito antes de entregar o corpo aos familiares.

O protocolo de captação de órgãos deve ser encerrado após a confirmação da realização de todos os registros necessários, que deverão ser encaminhados ao serviço de estatística. As informações registradas deverão ser analisadas mensalmente para realizar o relatório de atividades da CIHDOTT que deve ser encaminhado ao CNCDO.

5.2 Apresentações dos Resultados

Os resultados apresentados neste capítulo são provenientes de cruzamentos estatísticos dos dados de registros de notificação de potenciais doadores de órgãos e/ou tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina no período compreendido entre 01 de junho de 2006 até 31 de maio de 2007. Durante o processo de construção desta dissertação, foram confeccionados vários instrumentos de análise como gráficos e tabelas, que complementam as análises dos resultados aqui apresentados. Estes instrumentos estão apresentados nos apêndices deste trabalho.

No banco de dados sobre as notificações de potenciais doadores oferecido pela CNCDO, na primeira coleta de dados, foi possível observar que datas de notificações se concentravam em uma determinada data ou ainda que haviam notificações duplicadas ou incompletas. Ao entrar em contato com a coordenação técnica da CNCDO/SC, foi possível identificar que havia um erro no processo de alimentação deste banco de dados. A partir deste problema encontrado, o banco de dados foi revisado pela CNCDO/SC.

A tabela 02 apresenta a distribuição das freqüências das notificações de potenciais doadores realizadas por 30 instituições de saúde sendo estas 27 hospitais e 03 serviços de medicina Legal. É possível observar que a maioria das unidades notificadoras apresentou resultados praticamente insignificantes se analisadas isoladamente, haja vista que 18 instituições obtiveram uma freqüência acumulada inferior a 1,0% das notificações no Estado no período compreendido pelo estudo. Se compararmos a capacidade notificadora destas instituições unidas é superior ao hospital com o sexto índice de desempenho

neste quesito. Observa-se que mais da metade das notificações no Estado de Santa Catarina foi realizada por apenas 4 hospitais, sendo estes CARIDADE (31,4%), HSISABEL (22,8%), ICARDIO e HSTEREZI (ambos com 7,8%); somando 69,8% das notificações no período estudado.

Para compreender melhor as notificações de potenciais doadores, é necessário analisarmos as unidades notificadoras e caracterizá-las de acordo com os dados obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, e analisar a mortalidade dos pacientes destas unidades a

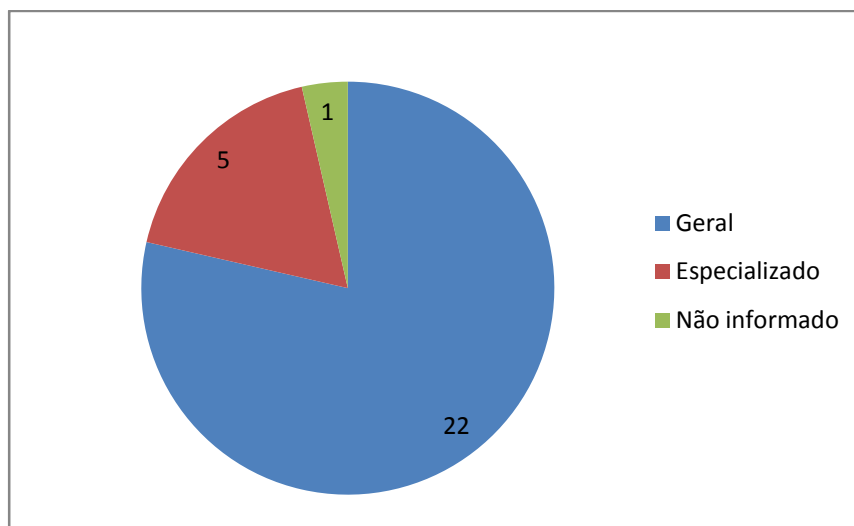
Tabela 02: Distribuição das notificações de potencial doador de órgãos e tecidos para transplante por unidade notificadora.

UNIDADE NOTIFICADORA	NOTIFICAÇÕES	
	FREQ.	%
CARIDADE	456	31,4
CEPON	26	1,8
CHUNIMED	6	0,4
HCORACAO	1	0,1
HDHELENA	6	0,6
HDSALVAD	1	0,1
HFPOLIS	2	0,1
HGCRAMOS	44	3,0
HHAORTIZ	6	0,4
HIJGUSMA	6	0,4
HMIJAFAR	4	0,3
HMMKB	81	5,6
HMSJOSE	54	3,7
HNRAMOS	2	0,1
HNSCONCE	9	0,6
HRAVALE	14	1,0
HRJOINVIL	97	6,7
HROESTE	26	1,8
HRSJOSE	18	1,2
HSINES	2	0,1
HSISABEL	331	22,8
HSJBATIST	1	0,1
HSJCRICI	20	1,4
HSTEREZI	114	7,8
HUFPOLIS	4	0,3
HUPANJO	2	0,1
ICARDIO	113	7,8
IMLCRICI	2	0,1
IMLFPOLI	2	0,1
MDVARGAS	1	0,1
SVOBITO	1	0,1
TOTAL	1454	100

Fonte: CNCDO/SC

fim de observar a capacidade notificadora e as notificações apresentadas no período estudado. Desta forma está apresentada a seguir a caracterização das instituições participantes deste estudo (Gráfico 01).

Gráfico 01: Distribuição dos hospitais notificadores de potencial doador de órgãos e tecidos para transplante conforme caracterização do serviço oferecido.



Fonte: CNES

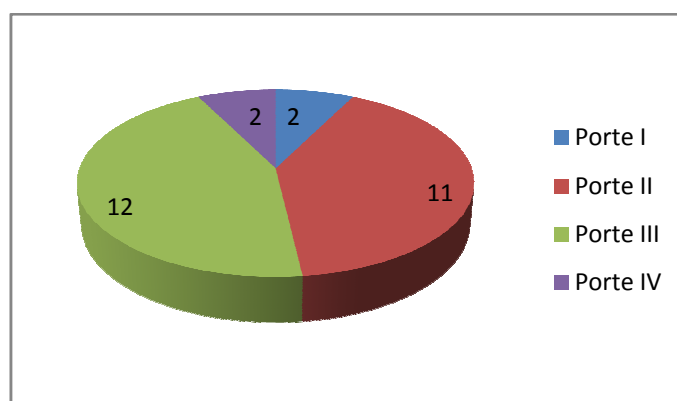
A maioria dos hospitais notificadores de potenciais doadores é formada por hospitais gerais e cinco hospitais oferecem serviços especializados como pediatria, oncologia e cardiologia (CEPON, HSJBATIST, HUPANJO, ICARDIO e MDVARGAS). Vale ressaltar que de acordo com a prática clínica, especialidades como a cardiologia não possuem patologias específicas que culminam com situações de morte encefálica em sua grande maioria, embora isso não descarta a possibilidade de doação de tecidos e que a oncologia é composta em grande parte das vezes das Contra-indicações Médicas absolutas para o transplante de órgãos sólidos e tecidos. Contudo foi possível observar que o CEPON e o ICARDIO apresentaram participação significativa nas notificações evidenciadas no Estado no período estudado.

Outro conjunto de características podem influenciar no processo de Busca Ativa e captação de Órgãos e Tecidos para Transplante, está relacionado a ordem político-administrativa dessas instituições. Neste aspecto é possível

constatar que não há homogeneidade de características político-administrativas entre os hospitais notificadores. Nota-se que a maioria das instituições são públicas ou sem fins lucrativos, com administração privada e que participam de processo de gestão municipal e estadual.

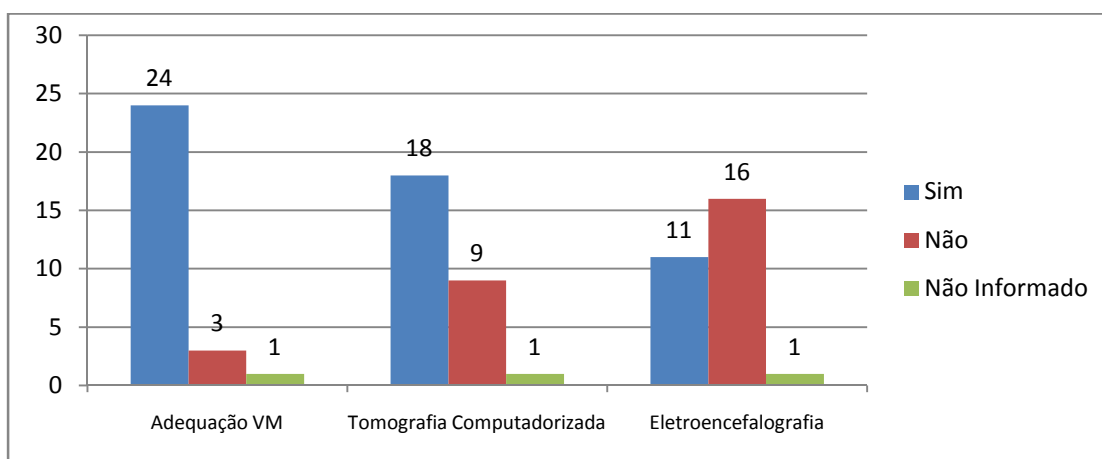
Ao caracterizar as instituições de acordo com dados de estrutura, foram utilizadas variáveis contidas na Portaria 1.262/2006 que foram classificados no quadro 03. Sendo assim foram confeccionados os gráficos abaixo

Gráfico 02: Distribuição dos hospitais notificadores de potencial doador de órgãos e tecidos para transplante conforme caracterização do porte.



Fonte: CNES

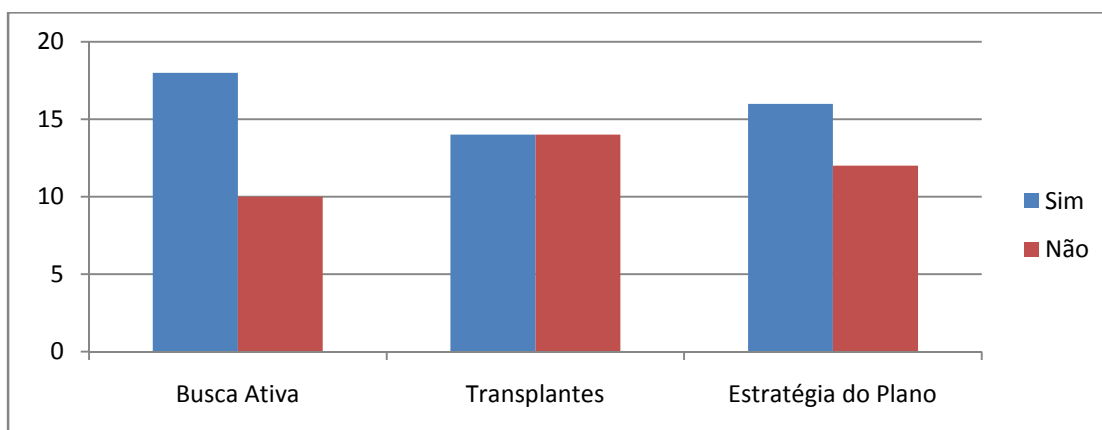
Gráfico 03: Distribuição dos hospitais notificadores de potencial doador de órgãos e tecidos para transplante conforme equipamentos disponíveis



Fonte: CNES

Em relação a equipamentos necessários para a manutenção de potenciais doadores como aparelhos de Ventilação Mecânica há uma adequação quando comparados ao número de leitos de UTI o que permite às equipes de Terapia intensiva um mínimo de condições para garantir a integridade física do potencial doador durante o processo de diagnóstico de ME e até a remoção dos órgãos. Possuir tomógrafo está diretamente relacionado a ter possibilidade de diagnosticar lesões que desencadeiam o processo de ME, bem como identificação de possíveis CIM como tumores por exemplo. O aparelho de eletroencefalografia é utilizado por algumas instituições como método gráfico para diagnóstico de ME, embora apresente limitações como por exemplo o tempo para constatação gráfica, já que este exame deve ser repetido. Pode ser considerado então que os hospitais notificadores de potencial doador de órgãos e tecidos para Transplante do Estado de Santa Catarina possuem equipamentos que possibilitem tal atividade com segurança. É importante citar que o CARIDADE e o HSISABEL não possuem adequação no número de Ventiladores mecânicos em relação ao número de leitos de UTI conforme preconizado por Moura Junior et al (2006), sendo um aparelho de VM para cada dois leitos. Em contra-partida, estas instituições apresentam 31,4% e 22,8% das notificações realizadas no Estado respectivamente.

Gráfico 04: Distribuição dos hospitais notificadores de potencial doador de órgãos e tecidos para transplante quanto ao credenciamento junto a CNCDO/SC e Plano Estadual de Transplantes.



FONTES: CNCDO/SC e Plano Estadual de Transplantes

Pode ser observado que a maioria dos hospitais notificadores são credenciados junto a CNCDO/SC e considerados para o Plano Estadual de transplante, embora estas condições não sejam absolutas para a realização de notificação de potenciais doadores

Dentre os hospitais credenciados para realizar transplantes, mas que não são considerados estratégicos para realizar Busca ativa e captação de órgãos para transplante, está o ICARDIO, que é um hospital especializado em cardiologia (113 notificações), o HRSJOSE que é um Hospital Geral público de referência para a Região da Grande Florianópolis (18 notificações), o HRJOINVILLE que é um Hospital Geral público de referência para a Região de Joinville (97 notificações) e o HDHELENA que é uma instituição privada da cidade com maior população no Estado de Santa Catarina (8 notificações).

Encontram-se também no conjunto das instituições credenciadas para realizar transplantes e não estratégicos para realizar Busca ativa e captação de órgãos para transplante o CEPON (26 notificações). Este por sua vez não está credenciado para realizar busca ativa e captação junto a CNCDO/SC. Trata-se de uma instituição especializada no atendimento de pacientes oncológicos e que está credenciado somente para realizar transplantes de medula óssea, o que justificaria em parte o não credenciamento para Busca ativa e captação uma vez que o Transplante de medula óssea é realizado a partir da doação intervivos, não utilizando doadores de coração parado nem ME; porém nos chama a atenção a grande quantidade de notificações realizadas por este serviço, haja vista que determinados casos de pacientes oncológicos caracterizam-se como CIM absoluta para a captação de órgãos.

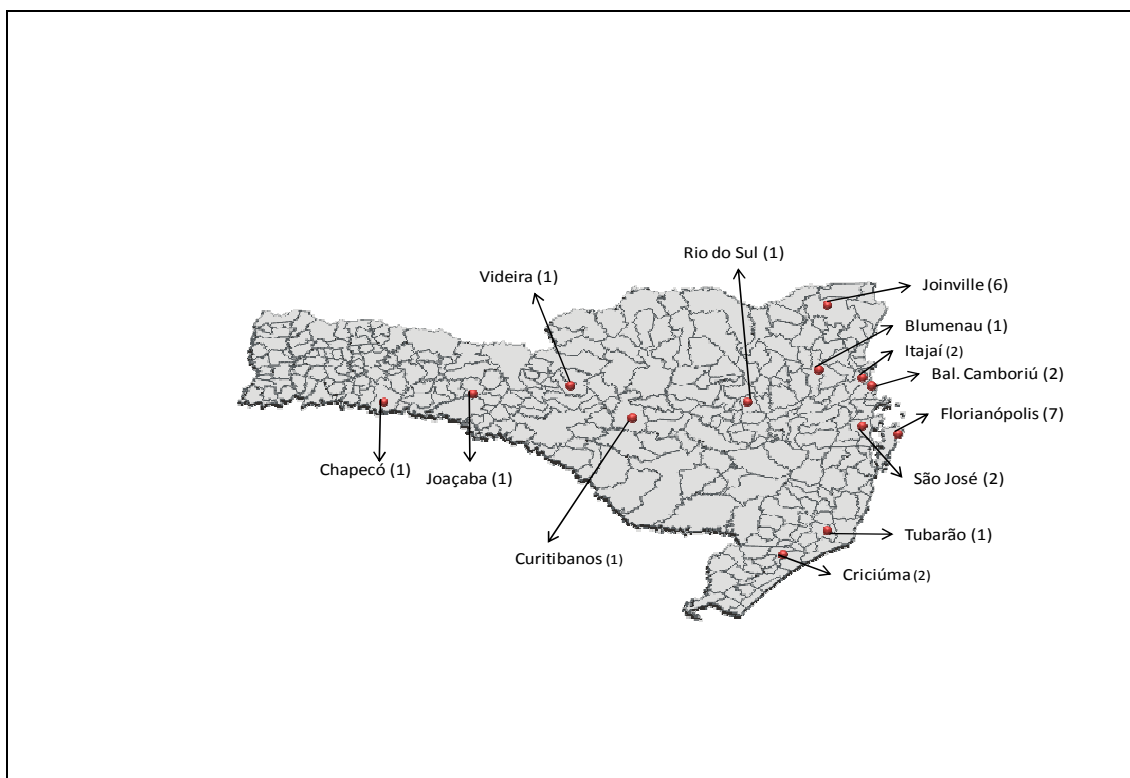
Estas cinco instituições hospitalares foram responsáveis por 19,29% da notificações realizadas neste período e que talvez possa justificar sua inclusão na lista dos hospitais estratégicos no Plano Estadual de Transplantes.

Chama atenção que as notificações estão situadas em apenas 13 cidades do Estado de Santa Catarina, sendo que em quatro cidades (Balneário Camboriú, Criciúma, Itajaí e São José) possuem dois hospitais. Já as cidades de Joinville e Florianópolis possuem seis e sete unidades respectivamente, que realizaram

notificação de potencial doador de órgãos e tecidos para transplante no período que compreende o estudo.

Ao observar a distribuição geográfica das unidades notificadoras, nota-se que a maior atividade captadora no Estado de SC, está concentrada nas regiões da Grande Florianópolis, Vale do Itajaí e Região norte no Estado, conforme registrada na Figura 05. Esta distribuição geográfica pode ser explicada pelo fato desta região ser coberta pela rodovia de maior tráfego no Estado (BR-101), estando mais propensas ao surgimento de acidentes e mortes por causas externas, bem como pelas cidades mais industrializadas e pelos hospitais referência para alta complexidade em várias especialidades para todo o Estado de Santa Catarina.

Figura 05: Distribuição geográfica das unidades notificadoras de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina.



Fonte: CNCDO/SC

Para desenvolver indicadores de qualidade relacionados a atividade notificadora, está apresentado na tabela 03 a relação de notificações pelo número de óbitos apresentados pelo hospital no período compreendido pela pesquisa.

Tabela 03: Notificações de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante por 1.000 óbitos hospitalares no Estado de Santa Catarina¹.

<i>HOSPITAL</i>	<i>NOTIFICAÇÕES</i>	<i>ÓBITOS</i>	<i>NOTIFICAÇÕES/ 1000 ÓBITOS</i>
CARIDADE	456	485	940,21
CEPON	26	266	97,74
CHUNIMED	6	212	28,30
HCORACAO	1	103	9,71
HDHELENA	8	107	74,77
HDSALVAD	1	140	7,14
HFPOLIS	2	277	7,22
HGCRAMOS	44	262	167,94
HHAORTIZ	6	243	24,69
HIJGUSMA	6	149	40,27
HMMKB	81	1005	80,60
HMSJOSE	54	886	50,95
HNRAMOS	2	205	9,76
HNSCONCE	9	673	13,37
HRAVALE	14	546	25,64
HRJOINVIL	97	756	128,31
HROESTE	26	824	31,55
HRSJOSE	18	616	29,22
HSINES	2	293	6,83
HSISABEL	331	781	423,83
HSJBATIST	1	120	8,33
HSJCRICI	20	898	22,27
HSTEREZI	114	255	447,06
HUFPOLIS	4	428	9,35
HUPANJO	2	33	60,61
ICARDIO	113	76	1486,84
MDVARGAS	1	37	27,03
TOTAL	1449	12118	119,57

Fonte: Presente Pesquisa

Pode ser observado na tabela 03, que no Estado de Sana Catarina foram realizadas em média 119,57 notificações de potenciais doadores por mil óbitos

¹ Nesta tabela não estão inclusas as notificações dos serviços de medicina legal, bem como do HMIJAFAR, pois este último não possui cadastro no CNES o que inviabilizou o rastreamento dos óbitos nele ocorridos.

nos hospitais participantes da pesquisa. Porém, se comparar com os 20.318 óbitos ocorridos em todos os hospitais do Estado no período estudado este indicador seria de 71,31/1000 óbitos. Com base neste resultados constata-se que as notificações de potenciais doadores no Estado não estão sendo realizadas conforme preconiza a portaria que regulamenta as CIHDOTT's que determina que 100% dos óbitos hospitalares devam ser notificados a CNCDO/SC independente do resultado do protocolo de busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplantes. Nota-se que somente dois hospitais possuem atividade notificadora próxima ao preconizado, sendo estes o CARIDADE com 940,21/1000 óbitos e o ICARDIO que apresentou indicador de notificações superior aos óbitos ocorridos nesta instituição.

A tabela 04 apresenta a distribuição dos tipos de notificação de potenciais doadores por hospital. É possível observar que alguns hospitais notificam mais casos de PCR e não notificam ME e que o inverso também ocorre.

Tabela 04: Distribuição dos tipos de notificação de potenciais doadores por unidade notificadora

UNIDADE NOTIFICADORA	ME	PCR	TOTAL
CARIDADE	8	488	456
CEPON	0	26	26
CHUNIMED	6	0	6
HCORACAO	1	0	1
HDHELENA	7	1	8
HDSALVAD	0	1	1
HFPOLIS	1	1	2
HGCRAMOS	37	7	44
HHAORTIZ	6	0	6
HIJGUSMA	6	0	6
HMIJAFAR	4	0	4
HMMKB	33	48	81
HMSJOSE	39	15	54
HNRAMOS	1	1	2
HNSACONCE	5	4	9
HRAVALE	13	1	14
HRJOINV	16	81	97
HROESTE	26	0	26
HRSJOSE	2	16	18
HSINES	2	0	2
HSISABEL	40	291	331
HSJBATIST	1	0	1
HSJCRICI	18	2	20
HSTEREZI	4	110	114
HUFPOLIS	2	2	4
HUPANJO	2	0	2
ICARDIO	1	112	113
IMLCRICI	0	2	2
IMLFPOLI	0	2	2
MDVARGAS	0	1	1
SVOBITO	0	1	1
TOTAL	281	1173	1454

Fonte: CNCDO/SC

Constata-se que dentre os seis hospitais que na Tabela 03 apresentaram um índice de notificações superior a 100 notificações/mil óbitos, somente o HGCRAMOS apresentou um número de notificações de ME superior ao número de PCR o que sugere que as notificações de potenciais doadores com PCR não esteja acontecendo com a atenção necessária ou ainda que nesta instituição a busca ativa de potenciais doadores nas UTI's vêm sendo mais efetiva. Nota-se também que dentre estes seis hospitais, o CARIDADE, ICARIO E HSTEREZI apresentaram um número muito pequeno de notificações de ME em relação aos de PCR e o HSISABEL E O HRJOINVIL apresentam notificações com menor diferença entre estas duas classes de potenciais doadores de órgãos ou tecidos.

Outra constatação obtida ao analisar a tabela 04 é que nove instituições não apresentaram notificações de PCR, sendo que estas apresentaram poucas notificações no ano estudado e um índice de notificação apresentado da Tabela 03 muito baixo

Após ter apresentado a caracterização das notificações de potenciais doadores de órgão e tecidos para transplante, um segundo objetivo desta dissertação se torna latente: Identificar e caracterizar os sucessos e os insucessos na captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina entre junho de 2006 a maio de 2007.

Para atender este objetivo, cabe aqui lembrar o que foi considerado como sucesso nas captações. É considerado efetivação todo caso que foi notificado independente do tipo que tenha desencadeado para a captação de pelo menos um órgãos ou tecido para fim de transplante.

A tabela 05 apresenta a comparação entre as captações e os casos notificados.

Tabela 05: Distribuição das captações de órgãos e/ou tecidos para transplantes no Estado de Santa Catarina por hospital por 1.000 casos de notificações.

<i>HOSPITAL</i>	<i>NOTIFICAÇÕES</i>	<i>CAPTAÇÕES</i>	<i>CAPTAÇÕES/ 1000 NOTIFICAÇÕES</i>
CARIDADE	456	31	67,98
CEPON	26	23	884,62
CHUNIMED	6	2	333,33
HCORACAO	1	0	0,00
HDHELENA	8	3	375,00
HDSALVAD	1	0	0,00
HFPOLIS	2	0	0,00
HGCRAMOS	44	13	295,45
HHAORTIZ	6	2	333,33
HIJGUSMA	6	1	166,67
HMMKB	81	51	629,63
HMSJOSE	54	29	537,04
HNRAMOS	2	1	500,00
HNSCONCE	9	3	333,33
HRAVALE	14	6	428,57
HRJOINVIL	97	41	422,68
HROESTE	26	3	115,38
HRSJOSE	18	12	666,67
HSINES	2	1	500,00
HSISABEL	331	83	250,76
HSJBATIST	1	1	1000,00
HSJCRICI	20	8	400,00
HSTEREZI	114	26	228,07
HUFPOLIS	4	2	500,00
HUPANJO	2	0	0,00
ICARDIO	113	7	61,95
MDVARGAS	1	0	0,00
TOTAL	1449	349	240,86

Fonte: Presente estudo

Os resultados apresentados na tabela 05, evidenciam que o índice de sucesso de captações de órgãos e/ou tecidos para transplantes é pequeno se comparado ao número de notificações. Nota-se que somente oito instituições

(CEPON, HMMKB, HMSJOSE, HNRAMOS, HRSJOSE, HSINES, HSJBATIST e HUFPOLIS) apresentaram indicador de sucessos superior ou igual a 500 captações por mil notificações. Todavia nenhum desses foi considerado hospital com boa atividade de notificação por mil óbitos conforme apresentados na Tabela 02. A tabela 06 apresenta os sucessos relacionados ao número de óbitos ocorridos no período estudado.

Tabela 06: Distribuição das captações de órgãos e/ou tecidos para transplantes no Estado de Santa Catarina por 1.000 óbitos relacionados por hospital.

HOSPITAL	CAPTAÇÕES	ÓBITOS	CAPTAÇÕES/ 1000 ÓBITOS
CARIDADE	31	485	63,92
CEPON	23	266	84,47
CHUNIMED	2	212	9,43
HCORACAO	0	103	0,00
HDHELENA	3	107	28,04
HDSALVAD	0	140	0,00
HFPOLIS	0	277	0,00
HGCRAMOS	13	262	49,62
HHAORTIZ	2	243	8,23
HIJGUSMA	1	149	6,71
HMMKB	51	1005	50,75
HMSJOSE	29	886	32,73
HNRAMOS	1	205	4,88
HNSCONCE	3	673	4,46
HRAVALE	6	546	10,99
HRJOINVIL	41	756	54,23
HROESTE	3	824	3,64
HRSJOSE	12	616	19,48
HSINES	1	293	3,41
HSISABEL	83	781	106,27
HSJBATIST	1	120	8,33
HSJCRICI	8	898	8,91
HSTEREZI	26	255	101,96
HUFPOLIS	2	428	4,67
HUPANJO	0	33	0,00
ICARDIO	7	76	92,11
MDVARGAS	0	37	0,00
TOTAL	349	12118	28,80

Os resultados apresentados na Tabela 06, mostram que embora o Estado de Santa Catarina apresente nos últimos anos o maior índice de captações de órgãos pmp., apresenta em média 28,80 captações por mil óbitos e que este

índice seria ainda menor se comparados aos óbitos ocorridos em todos os hospitais do Estado no período estudado (16,94 captações por mil óbitos).

Analisando os resultados por hospital contata-se que somente os hospitais HSISABEL e o HSTEREZI apresentaram sucesso superior a 100/mil óbitos, enquanto a meta prevista para as CIHDOTT's na Portaria Ministerial que regulamenta esta atividade é de 600/mil óbitos.

Ainda caracterizando os casos de sucesso, a Tabela 07 apresenta a caracterização dos sucessos apresentados por hospital

Tabela 07: Caracterização das captações realizadas no Estado de Santa Catarina por tipo de notificação e hospital.

<i>HOSPITAL</i>	<i>ME</i>		<i>PCR</i>	<i>SUCESSOS</i>
	<i>ÓRGÃOS</i>	<i>CÓRNEAS</i>	<i>CÓRNEAS</i>	
CARIDADE	3	5	26	31
CEPON	0	0	23	23
CHUNIMED	1	2	0	2
HDHELENA	2	1	1	3
HGCRAMOS	10	5	2	13
HHAORTIZ	2	2	0	2
HIJGUSMA	1	1	0	1
HMIJAFAR	0	1	0	1
HMMKB	7	7	41	51
HMSJOSE	15	10	12	29
HNRAMOS	0	0	1	1
HNSCONCE	1	1	1	3
HRAVALE	5	1	1	6
HRJOINVIL	5	3	36	41
HROESTE	3	1	0	3
HRSJOSE	2	1	10	12
HSINES	1	0	0	1
HSISABEL	18	16	63	83
HSJBATIST	1	1	0	1
HSJCRICI	6	4	2	8
HSTEREZI	2	2	23	26
HUFPOLIS	1	0	1	2
ICARDIO	0	0	7	7
TOTAL	86	64	255	349

Pode-se observar que os sucessos em algumas instituições se dão somente em um tipo de notificação, como por exemplo: CEPON, HNRAMOS e ICARDIO que obtiveram sucesso somente nos casos de PCR. Porém, vale ressaltar que

o CEPON e o ICARDIO são instituições especializadas que possuem menos casos de ME. Esta tabela mostra ainda que dentre os casos ME, os sucessos nem sempre se deram pela remoção de órgãos sólidos e de córneas. A Investigação das causas de recusa destes será apresentada nas Tabelas 08, 09.

Se compararmos as 319 captações de córneas com o número de notificações apresentadas no Estado de Santa Catarina obteremos um indicador de 205 captações por mil notificações. Já, se compararmos estas captações com o número de óbitos nos hospitais notificadores e por todos os óbitos hospitalares deste Estado no período estudado, teremos um número de captações de córneas de 26,32 e 15,48 captações por mil óbitos, respectivamente.

Na portaria 1262/2006, a meta apresentada em seu Art 5º, §1º inciso II, fixa um mínimo de vinte por cento de captações de córneas de todos os óbitos por hospital. Desta forma, é possível afirmar que o Estado de Santa Catarina possui um indicador satisfatório de captação de córneas dentre os hospitais em atividade no período estudado e que com a adesão de mais hospitais no sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante, será possível atingir a meta no Estado.

Destacam-se como centros captadores de córneas nos casos de PCR, os hospitais HSISABEL e o HSTEREZI que são também os hospitais com melhor desempenho no sistema catarinense de captação de órgãos e tecidos para transplante.

Para que seja possível melhorar os indicadores de captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina, se faz necessário avaliar as causas de insucesso. Foram considerados insucessos os casos notificados em que não foram captadas córneas nem órgãos sólidos. Contudo, analisamos também o que considera-se como efetivação para córneas ou órgãos: Casos de ME que doaram somente córneas ou órgãos sólidos para transplante.

A tabela 08 apresenta as causas de recusa na doação de córneas para os casos de PCR notificados por hospital.

Tabela 08: Distribuição das causas de não efetivação para doação de córneas nos casos notificados de PCR no Estado de Santa Catarina por hospital.

HOSPITAL	CIM	FAUSENTE	IDADE	NAF	SOROLOGIA	OUTROS	TOTAL
CARIDADE	26	12	143	156	75	10	422
CEPON	0	1	0	1	0	1	3
HDSALVAD	0	0	1	0	0	0	1
HFPOLIS	1	0	0	0	0	0	1
HGCRAMOS	0	1	0	4	0	0	5
HMMKB	2	0	0	1	1	3	7
HMSJOSE	1	0	0	0	0	2	3
HNSCONCE	0	0	0	3	0	0	3
HRJOINVIL	6	1	0	32	5	1	45
HRSJOSE	1	0	1	4	0	0	6
HSISABEL	78	5	37	60	37	11	228
HSTEREZI	24	0	0	29	28	6	87
HUFPOLIS	0	0	0	0	0	1	1
ICARDIO	13	12	33	18	26	3	105
MDVARGAS	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL	152	32	216	308	172	38	918
%	16,57	3,48	23,53	33,55	18,74	4,13	100

Conforme é possível observar na tabela 08, as causas de insucessos para captação de córneas em casos notificados de PCR constituem seis causas diversas. Destas Causas a NAF é a maior causa no Estado durante o período estudado (33,55%) .

A segunda maior causa de insucesso nos casos estudados acima, é a idade do potencial doador que contra-indicava a captação deste tecido que evidenciou 23,53% dos casos.

Vale ressaltar que dentre os dois hospitais mencionados acima como possuidores de baixo sucesso nas captações, o ICARDIO e o CARIDADE apresentam um número expressivo de insucessos relacionados a idade.

Uma das causas de não efetivação para captação de um órgão ou tecido para transplante são as CIM, que pode ser considerada como ter menor relação com o serviço ou com a equipe de busca ativa e captação de órgãos e tecidos para

transplante. Esta causa constitui 16,57% das recusas de córneas para captação nos casos de PCR. O número está bem menor que a média nacional e até internacional, o que pode estar relacionado ao fato de que o número de notificações é menor que o de óbitos em vários hospitais. Chama a atenção que o hospital de referência nacional para captação e transplantes (HSISABEL) obteve um baixo índice de CIM no período estudado.

Outra causa evidenciada no estudo foi FAUSENTE, que se reporta a casos em que não foi possível entrar em contato com familiares do indivíduo que acabara de falecer, o que não possibilitou a entrevista familiar bem como a obtenção de autorização para a captação do tecido. No período estudado foram evidenciados 32 casos. Este fator pode estar relacionado com a falta de vínculo, a casos em que não é possível identificar o paciente, ao sistema de comunicação inadequado da instituição, a falta de profissionais para contatar com os familiares. É muito importante lembrar que para a captação de córneas o tempo máximo para a remoção após a parada circulatória é de até seis horas.

Os casos em que a causa está identificada como sorologia positiva, são situações em que o tecido foi captado, mas o transplante não foi realizado pois o doador possuía sorologia positiva para alguma doença que contra-indica o transplante. Estes casos poderiam ser classificados como CIM se observados durante o processo de busca ativa e captação e por isso foram considerados insucessos, haja vista que alguns casos podem refletir limitações no processo de busca ativa e que se fossem reconhecidos previamente não seriam dispensados recursos importantes sem que se possa aproveitar o tecido.

Os dados do SNT permitem a classificação de insucessos como OUTROS, para os casos em que não se aplicam as alterações anteriores. No Estado de SC foi observado um grande número de casos com tal classificação. Algumas instituições apresentaram evidencia significativa desta categoria, como o CARIDADE, o HSISABEL, o HSTEREZINHA e o ICARDIO.

A Tabela 09 apresenta os resultados dos insucessos no sistema de captação de órgãos e tecidos para transplantes nos casos notificados como ME. Nesta tabela as variáveis são apresentadas de acordo com os conceitos de insucesso

apresentados na metodologia. No anexo deste trabalho estão as Tabelas 10 e 11 que apresentam as causas de insucesso por unidade hospitalar

Desta forma são classificados como insucesso os casos notificados como ME que encerraram o protocolo sem a doação de órgãos nem tecidos. Estão classificados como órgãos os casos notificados como ME em que não foram captados órgãos sólidos, mas somente córneas. Já nos casos classificados na tabela como córneas, representam os casos notificados como ME que doaram órgãos sólidos, mas não foram captadas as córneas.

Tabela 09: Distribuição das causas de insucessos para captação de órgãos e tecidos nos casos notificados no Estado de Santa Catarina.

CLASSE	CIM	IDADE	ME-NC	NAF	OUTROS	PCR	SOROLO.	TEMPO	TOTAL
INSUCESSO	9	1	25	92	2	48	3	1	181
ÓRGÃOS	0	0	3	1	3	7	0	0	14
CÓRNEAS	2	0	0	9	6	0	19	0	36
TOTAL	11	1	28	102	11	55	22	1	231
%	4,76	0,43	12,12	44,16	4,76	23,81	9,53	0,43	100

De acordo com os dados apresentados na tabela 09, a principal causa de recusa para captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina para potenciais doadores vítimas de ME está relacionada a negativa familiar, seguida por PCR.

Ao comparar o desempenho dos hospitais com maior índices de sucesso nas captações por mil óbitos (HSISABEL e HSTEREZI) foi possível observar uma discrepância muito grande nos dados, porém é importante salientar que este último hospital notificou poucos casos de ME se comparados ao primeiro hospital. Cabe citar os hospitais HGCRAMOS, HMMKB e HMSJOSE que apresentaram vários casos de NAF e o HGCRAMOS e o HROESTE como hospitais com uma incidência significativa de casos de PCR.

Dentre os casos que doaram múltiplos órgãos e não foi possível captar as córneas, a maioria foi classificada como OUTROS. Já em relação aos casos em que houve a doação de córneas, mas não de órgãos sólidos, somente a metade ocorreu pelo fato do paciente ter apresentado PCR antes de encerrar o protocolo. Porém os casos citados como ME-NC, podem se tratar também de casos de PCR. Ainda neste conjunto de casos ficam evidentes três casos citados como OUTROS.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com o objetivo de avaliar o desempenho do sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina, foram coletados dados de documentos e bancos de dados oficiais dos órgãos responsáveis ou diretamente ligados a esta atividade, obtendo os resultados apresentados na sessão anterior e que serão discutidos nesta sessão.

Inicialmente foram caracterizadas as instituições que notificaram potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina. Foi possível observar que geograficamente, estas instituições estão situadas em sua maioria nas regiões da Grande Florianópolis, Vale do Itajaí e Norte do Estado. Esta situação sugere associação com a proximidade da rodovia de maior fluxo de veículos e um grande índice de acidentes automobilísticos nesta região (BR -101).

Pode ter contribuído para esta distribuição das unidades notificadoras, o fato cidades onde estes hospitais estão situados são consideradas pólos industriais, com grande densidade demográfica, e ainda ao fato de muitas dessas cidades concentrarem centros de saúde de referência para alta complexidade em diversas áreas da saúde.

Outra hipótese a ser considerada está relacionada a proximidade geográfica da maioria das unidades notificadoras com a sede da CNCDO/SC, o que facilitaria em parte o acompanhamento e o incentivo por do órgãos regulador com estas instituições. Embora acredita-se que esta hipótese tenha menor relevância se comparada com as duas primeiras, uma vez que hospitais como HSTEREZI, apresenta uma atividade notificadora e captadora significativas, e está localizado no oeste do Estado de Santa Catarina.

Quando comparado os dados de estrutura física e de organização político-administrativa, foi observado uma heterogeneidade entre as unidades notificadoras. Esta caracterização tão variada de elementos físicos, técnicos e administrativos, bem como de características diferenciadas de gestão política, sugerem que o desempenho de Busca Ativa de Potenciais Doadores de Órgãos e Tecidos para Transplante no Estado de Santa Catarina não esteja

diretamente relacionado à estrutura destas instituições, mas a outros aspectos como o processo de trabalho das CIHDOTT's e o empenho de determinados profissionais no processo de busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplante.

Esta distribuição de características pode dificultar o planejamento de ações do sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante, haja vista que pode ser encontrada uma variedade significativa de interesses institucionais, profissionais e políticos nestes segmentos.

Vale lembrar que segundo o Programa Estadual de Transplantes de Santa Catarina, maiores investimentos devem ser realizados nos hospitais classificados por este documento como estratégicos, haja vista que estas instituições são referência no estado para neurocirurgia, que é afirmado por vários estudos como hospitais com maior número de potenciais doadores. No entanto, em Santa Catarina, o desempenho de notificações não é significativo neste grupo de hospitais que estão incluídos como estratégicos no referido documento, e que quatro instituições de saúde pactuadas como alta complexidade para neurocirurgia não apresentaram nenhuma notificação no período estudado.

Com base na hipótese de que a estrutura das instituições não tenha influenciado no Sistema de busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplantes no Estado de Santa Catarina, foram caracterizados os hospitais conforme dados da CNCDO/SC relacionados aos processos de credenciamento destas instituições para busca ativa de potenciais doadores, realização de transplantes e com dados do Plano Estadual de Transplantes de 2006 obtendo as informações contidas no gráfico 07.

Pode-se então ser observado que a maioria dos hospitais notificadores são credenciados para tal função junto a CNCDO/SC, e considerados estratégicos de acordo com o Plano Estadual de Transplantes. Todavia deve ser levado em consideração que houveram instituições que notificaram potenciais doadores e até captaram órgãos e tecidos para transplante com auxílio da CNCDO/SC, sem que tivessem o devido credenciamento e que mesmo após um ano ainda

não estão relacionados entre as instituições credenciadas nos bancos de dados deste órgão.

O processo de acreditação e credenciamento das unidades hospitalares para desenvolver busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplantes é compulsório desde 2006 com a Portaria 1.262/2006, ficando determinado que as CNCDO's são responsáveis pelo acompanhamento e regulação destas instituições no que tange atividades relacionadas aos transplantes.

No Plano Estadual de Transplantes, o credenciamento para realização de busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplantes está descrito como uma atividade que deve ser iniciada com a solicitação da instituição de saúde e portanto pode ser caracterizada como uma iniciativa dos hospitais.

As recomendações do Plano Estadual de Transplantes para realizar o credenciamento dos hospitais são descritos de forma clara e compõe requisitos que são considerados importantes para o desenvolvimento do Sistema de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplantes nos Estado. O seguimento dessas recomendações permitiria uma homogeneidade das unidades notificadoras e poderia melhorar os índices de resultados do Sistema em Santa Catarina.

Analisando os tipos de notificações, foi possível observar que seguindo a caracterização das unidades notificadoras, as notificações apresentadas no período estudado também apresentaram uma heterogeneidade em seu padrão, o que reforça a hipótese de que o desempenho das CIHDOTT's e por consequência do Sistema de Captação de órgãos e Tecidos para Transplantes no Estado de Santa Catarina esteja relacionado principalmente aos aspectos locais e individuais das CIHDOTT's, com o comprometimento dos profissionais de saúde com a causa dos transplantes e ao processo de trabalho em saúde.

Tal heterogeneidade de notificações requer dos órgãos reguladores e gerenciais, políticas de gestão que compreendam as especificidades das instituições como o caso do ICARDIO, que apresentou um número pequeno de notificações de ME se comparadas as notificações de PCR. Tal constatação , necessita de uma análise especial, uma vez que trata de uma instituição

especializada em cardiologia e, portanto, possui clientes cuja condição clínica raramente desencadeia a instalação de ME. Porém outras instituições como CARIDADE E HSTEREZI em que houve poucas notificações de casos de ME merecem um acompanhamento especial por parte da CNCDO/SC.

Ainda em relação ao ICARDIO, foi observado um indicador de resultado que merece atenção especial, uma vez que apresentou uma atividade notificadora superior aos óbitos registrados nesta instituição no período estudado. Ao investigar as possíveis causas do indicador de notificação/1000 óbitos do ICARDIO, constatou-se que esta instituição está situada na mesma estrutura física que o HRSJOSE e que, desta forma, utilizam o mesmo serviço de arquivo de documentação e o mesmo serviço de internação e necrotério entre outros, o que pode fazer com que óbitos ocorridos nas unidades da ICARDIO sejam registrados nas declarações de óbitos como sendo HRJOSE, diminuindo, assim o denominador de óbitos nos registros da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Atividade esta que necessita de maior acompanhamento pelo departamento de regulação e auditoria do Estado.

Também não pode ser descartada a possibilidade de notificações de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante da HRSJOSE sejam realizadas como sendo ICARDIO, embora acredita-se ser mais difícil que isso aconteça pois as notificações muitas vezes são realizadas pelo profissional da CIHDOTT de cada instituição.

Destaca-se também o HROESTE, que apresentou o quinto maior número absoluto de notificações de ME, porém não notificou nenhum caso de PCR. Este hospital também necessita de uma atenção especial, uma vez que se é capaz de apresentar um número de notificações de casos com ME que se destaque no Estado, provavelmente é também uma instituição com potencial para realizar busca ativa nos casos de PCR.

Chama a atenção as unidades em que foram notificados somente os casos de PCR: HDSALVAD, MDVARGAS, IMLCRICI, IMLFPOLIS E SVOBITO. Estes três últimos são instituições de serviço de medicina legal e para tanto não possui casos de ME e que provavelmente apresentaram estas notificação a pedido de familiares dos falecidos, já que não possuem CIHDOTT. Já as outras

duas instituições são estabelecimentos que oferecem serviços especializados como materno-infantil que possuem paciente com menor risco de desenvolver ME. Além disso, quando se trata de crianças, parturientes ou puérperas, o processo de busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplante apresentam outros fatores limitadores como questões culturais que são perfeitamente compreensíveis.

As diferenças constatadas entre as tabelas 05 e 06 remetem ao fato de alguns hospitais apresentam bom desempenho nos casos notificados, porém a atividade notificadora dessas instituições ainda são insuficientes diante do número de casos de óbitos.

Este fenômeno pode ter como possível explicação o fato de que instituições efetuaram as notificações após uma espécie de triagem de caso que envolve o histórico de saúde familiar, percepções da comissão em relação ao relacionamento familiar, circunstância em que ocorreu o óbito ou se instalou a ME entre outros e que após realizar esta “triagem”, consideraram mais provável a obtenção de sucesso.

Outra possível explicação está relacionada a situações em que a família do potencial doador procura o serviço buscando informações sobre o processo de captação de órgãos para transplante ou ainda casos em que a família solicita a doação dos órgãos e/ou tecidos de forma espontânea.

Há ainda a possibilidade de terem ocorrido mudanças no corpo de membros das CIHDOTT's ou outros setores de apoio no hospital, durante o período estudado, ou ainda algumas dessas instituições possam ter iniciado a atividade de busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplante próximo aos meses que encerraram a delimitação do tempo estudado. Esta hipótese poderia ser aplicada também nos casos de notificações insuficientes relacionados aos números de óbitos

O relativo sucesso no desempenho de captação de órgãos merece porém algumas considerações como o fato do número de notificações serem ainda muito inferiores ao total de óbitos na maioria dos hospitais notificadores, e o desempenho de alguns hospitais se comparado ao número de notificações.

Como exemplo, o Hospital CARIDADE se apresenta como a instituição que mais notificou casos de PCR no período estudado e obteve somente 26 casos de sucesso nas captações. Outra instituição que apresenta pouco sucesso diante a um grande número de notificações é o ICARDIO com apenas 7 captações de córneas.

Dentre as causas de insucesso do Sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina destaca-se a NAF. A não autorização familiar pode estar relacionada a questões sociais como culturais, religiosas, a falta de diálogo na família sobre o assunto, desconhecimento sobre os transplantes no Brasil, além de questões relacionadas ao processo de busca ativa e captação como falhas na entrevista familiar, não formação de vínculo entre a família e a equipe de saúde desde a admissão do indivíduo até o processo de morrer.

Quando analisa-se a idade como causa de recusa para doador de córneas, há que se pensar nos doadores limítrofes que apesar de terem idade fora dos padrões pré-estabelecidos para a captação e o transplantes, e alguns casos esta atividade é possível levando-se em consideração o quadro clínico do potencial doador e com o aceite da equipe transplantadora. Em SC há registros de captações e transplantes de córneas de doadores cadáveres com até 70 anos.

Outra causa de insucesso evidenciada no estudo está classificado como OUTROS. Cabe reforçar que conforme apresentado nos modelos lógicos utilizados para descrever o Sistema de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplante do Estado de Santa Catarina, não foram encontradas situações que não fossem enquadradas nas demais classificações dos insucessos.

Dentre as hipóteses levantadas para o grande índice de recusas classificadas como OUTROS estão o mal preenchimento da notificação, a falta de preparo dos profissionais das CIHDOTT's e limitações no instrumento de notificação.

Tendo em vista o expressivo número de casos de insucessos classificados como OUTROS e que não foram encontradas hipóteses que justificasse a utilização desta classificação, há que se realizar novos estudos sobre o tema a

fim de identificar as reais causas, haja vista que estas causas podem incorporar outras causas de recusa.

Em relação à classificação dos insucessos, cabe lembrar que no Brasil o consentimento para a remoção de materiais a fins de transplantes poderá se dar somente através da autorização expressa nos familiares. Desta forma considerar que os casos de NAF são insucessos no desempenho de sistema de captação de órgãos e tecidos de uma determinada região pode ser entendido como um equívoco, principalmente se levar em consideração que esta negativa possa ser embasada em questões culturais e religiosas. Esta afirmação está calcada no fato do protocolo ter encerrado por uma decisão de um membro externo na CIHDOTT, porém deve ser levado em consideração textos como o de Silva (2007), que afirmam que as negativas familiares muitas vezes estão relacionadas com processos de acolhida, gerenciamento de serviços, padronização das ações e de discursos por parte dos membros das comissões.

Os casos de PCR, assim como os de NAF também podem estar relacionados a causas que independem das equipes que realizam busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplantes. A prática indica que em várias situações os pacientes apresentam PCR antes de encerrar o processo, devido a gravidade de seu estado clínico. Contudo é importante mencionar que em pouquíssimos casos de potenciais doadores com ME que evoluíram para PCR antes de encerrar os exames de diagnóstico, estavam notificados posteriormente como sendo PCR e por isso foram também classificados como insucessos no sistema de busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplante.

As situações elencadas nas tabelas 08 e 09 podem estar relacionadas ao fato da maioria dos hospitais citados terem apresentado pequena atividade notificadora e que portanto, as CIHDOTT's dessas unidades hospitalares estejam ainda passando por um processo de implementação e que por isso necessitam de um suporte especial por parte da CNCDO/SC. Vale ressaltar que isto não se aplica aos hospitais HMMKB e o HMSJOSE que possuem uma atividade notificadora considerável.

Os dados do RBT apresentados neste trabalho apresentaram o fato do Estado de Santa Catarina apresentar um tempo médio de 39 horas entre a notificação de potencial doador e a entrega do corpo do doador aos familiares após a captação dos órgãos e/ou tecidos, enquanto a média nacional está em 36 horas. Vale ressaltar que a Portaria 1.262/2006 preconiza um tempo médio de 18 horas de processo.

Podem estar implícitas neste aumento do tempo, dificuldades de comunicação entre CIHDOTT e CNCDO, despreparo por parte dos profissionais para execução desta atividade e questões logísticas do programa de captação de órgãos e tecidos para transplante. Essas hipóteses necessitam uma análise mais aprofundada por parte dos órgãos reguladores deste sistema para que sejam refutadas ou confirmadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base neste estudo foi possível afirmar que a atividade de busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina se concentram principalmente em hospitais que estão localizados em uma determinada região do Estado.

Embora o Estado de Santa Catarina se destaque no cenário nacional como maior índice de captação de múltiplos órgãos por milhão de habitante, esta atividade ainda é insuficiente se comparado aos indicadores determinados pelo Sistema Nacional de Transplantes.

O sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina possui um Plano Estadual de Transplantes bem descrito e estruturado, o que pode contribuir para os processos de orientação das CIHDOTT's e os órgãos reguladores a avaliar e gerenciar o sistema.

Porém, a CNCDO/SC não possui um serviço de avaliação permanente com banco de dados estruturados, o que limita a obtenção de dados essenciais para o planejamento das políticas públicas relacionadas aos transplantes neste Estado.

Ao utilizar bancos de dados provenientes de diferentes departamentos da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina foi possível observar divergência de dados. Essas divergências ficaram mais evidentes ao analisar notificação e óbitos ocorridos no Estado comparando com o banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

As divergências em bancos de dados podem limitar os processos de avaliação de programas e serviços de saúde e por consequência, pode dificultar o planejamento de políticas públicas voltadas a estes programas e serviços ou ainda podem determinar a determinação de metas ou políticas e operacionalizações inadequadas. Tal fato requer uma atenção especial por parte da Diretoria de Regulação destes Órgãos.

Outra situação que merece atenção especial se reporta ao fato do hospital HIMJAFAR ser uma instituição pública, estadual com atividade notificadora, contudo não está cadastrada no CNES nem no cadastro de estabelecimentos de saúde na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Esta situação traz alguns questionamentos que não foram sanados como: Que código é utilizado para registrar os óbitos no sistema de mortalidade? Como uma instituição é autorizada a atuar com alta complexidade em pediatria e oncologia, por exemplo, e não está cadastrado nos bancos de dados oficiais? Como é feito o controle e avaliação da gestão deste órgão público?

As notificações de potencial doador de órgãos e/ou tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina apresentou um padrão muito heterogêneo entre as instituições hospitalares o que impossibilitou a realização de cruzamentos estatísticos mais apurados como análise de correspondência múltipla, em relação ao sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante. Para tanto se fazem necessários mais estudos e um acompanhamento que busque identificar tais especificidades existentes nas instituições hospitalares do Estado

Não foi possível avaliar o desempenho do sistema de captação de órgãos tecidos para transplante utilizando como indicador de referência o número de captações por milhão de população, pois ao avaliar o desempenho individual dos hospitais, torna-se impossível determinar a população adstrita para cada instituição hospitalar, já que algumas instituições hospitalares participantes do estudo são referência para mais municípios de sua região ou até do Estado todo.

Os indicadores de desempenho desenvolvidos nesta pesquisa: Notificação por mil óbitos hospitalares, captação de órgãos por mil notificações e captação por mil óbitos, são considerados boas ferramentas de avaliação de sistemas de captação de órgãos e tecidos para transplante de um determinado Estado ou regiões bem como de serviços desenvolvidos por unidades hospitalares isoladas se comparadas aos indicadores de captação por milhão de população.

Em relação ao desempenho do Sistema de captação de órgãos e tecidos para transplantes no Estado de Santa Catarina, foi possível observar que o número

de captações de órgãos e/ou tecidos para transplante por mil notificações se avaliado isoladamente pode traduzir um bom desempenho de captações dentre as notificações realizadas. Porém ao avaliar o desempenho em captações, comparados ao número de óbitos ocorridos nestes hospitais, se torna significativamente menor. Para tanto acredita-se que o Estado de Santa Catarina possui condições para ter um desempenho maior na captação de órgãos e tecidos para transplante.

Por se tratar de um processo de avaliação que utilizou dados retroativos da CNCDO/SC, e da Direção de Regulação e Auditoria do Estado de Santa Catarina, os resultados apresentados neste trabalho traduzem o desempenho do sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina nos anos 2006 e 2007.

Acredita-se que este estudo possa ter contribuído para a avaliação do Sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina com a construção de um modelo de avaliação de desempenho para esta atividade e na obtenção de critérios de avaliação com indicadores exequíveis e confiáveis para realizar avaliações desta natureza.

Foi possível identificar também, que o desempenho do sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina não é influenciado pela estrutura física, tecnológica e administrativa das instituições hospitalares que desempenham esta atividade, restando então a possibilidade de que o sucesso na captação de órgãos no Estado seja o resultado do processo de trabalho e de empenho de profissionais que acreditam e participam deste processo.

Sendo assim, sugere-se que novas pesquisas que avaliem os sistemas de busca ativa e captação de órgãos e tecidos para transplante abordem aspectos relacionados ao processo de trabalho das CIHDOTT's.

8 REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê?. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1992.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES, **Registro brasileiro de transplante**, São Paulo: ABTO, 2006.

BARRETO, S.S.M. **Rotinas em Terapia Intensiva**. Artmed: São Paulo, 1993.

BOAS, M. Transplante cardíaco: O desafio do pós-operatório, *In*: JORNADA INTERDISCIPLINAR DE ALTA COMPLEXIDADE DO HOSPITAL SANTA ISABEL, 1., 2007, **Resumo...** Blumenau: Hospital Santa Isabel, 2007.

BOSI M.L.M.; MERCADO, F.M. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**, São Paulo: Vozes, 2005.

BRASIL, **Decreto de Lei nº 9.434**, de 04 de fevereiro de 1997, Ministério da Saúde: Brasília, 1997. Disponível em <<http://drt2001.saude.gov.br/transplantes/portaria/lei9434.htm>> acessado em 22 set. 2006.

_____, **Decreto nº 2.268**, Ministério da Saúde: Brasília, 1997. Disponível em <http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=77&Itemid=>> acessado em 10 jun. 2007.

_____, **Portaria nº 3.407**, Ministério da Saúde: Brasília, 1998. Disponível em <http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=37&Itemid=>> acessado em 10 jun. 2007.

_____, **Portaria nº 2.224**, Ministério da Saúde: Brasília, 2002. Disponível em <http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=37&Itemid=>> acessado em 10 jun. 2007.

_____, **Portaria nº 1.752**, Ministério da Saúde: Brasília, 2005. Disponível em <http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=37&Itemid=> acessado em 10 jun. 2007.

_____, **Portaria nº 1.262**, Ministério da Saúde: Brasília, 2006. Disponível em <<http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/2178917.xml>> acessado em 16 ago. 2006.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Framework for program evaluation in public health, **MMWR**: v.48, n. RR-11, Atlanta, set. 1999.

DONABEDIAN, A. **Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica**: un texto introdutorio. Instituto Nacional de Salud Pública: Morelos, 1992.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para avaliação em saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Campinas, v.6, n.1, 2004.

GARCIA, V.D. **Por uma política de transplantes no Brasil**. Office: São Paulo, 2000.

GARCIA, V.D. Tempos difíceis. **ABTO News**, São Paulo, ano XII, n.02, dez 2006.

GOLDIM, J.R. **Aspectos éticos dos transplantes de órgãos**, UFRGS: Porto Alegre, 2005. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/cfmmorte.htm>>. Acessado em 22 set. 2006.

_____, **Bioética e ética na ciência**, UFRGS: Porto Alegre, 2006. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/>>. Acessado em 26 nov. 2006.

HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde, Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

KNOBEL, E, et al, **Condutas no paciente grave**. 2. ed. Atheneu: São Paulo, 1999.

MATOS, Ruben Araújo. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni et al. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 3. ed. Rio de Janeiro : UERJ, IMS : ABRASCO, 2001.

MERCADO F.J et al., La Enseñanza de La investigación cualitativa em Ibero América, **Rev Salud Coletiva**, México, 2005.

MINAYO, M.C.S. et all. **Avaliação por triangulação de métodos**: Abordagem de programas sociais. Rio de janeiro: Fio cruz, 2005.

MINAYO, M.C.S, **Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos**, In: BOSI, M.L.M; MERCADO, F.J, Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes, Vozes:Petrópolis, 2006.

NOGUEIRA, L.C.L, **Gerenciando pela qualidade total em saúde**, MG: Belo Horizonte, 2003.

NOTHEN,R.R, **A doação de órgãos no cenário da unidade de terapia intensiva**, In: Programa de atualização em medicina intensiva- Associação de Medicina Intensiva do Brasil, Porto Alegre: Artmed 2004.

NOVAES,M.H.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev.Saúde Pública**, v.34 n.5, out,2000.

ORLANDO, J.M.C, **UTI muito além da técnica**: A humanização e a arte do intensivismo, Atheneu: São Paulo, 2002.

PEREIRA. W.A, **Manual de transplantes de órgãos e Tecidos**, 2. ed. Medsi: Rio de Janeiro, 2000.

RAIA, S, Bases filosóficas da ética em transplantes, In: **Congresso Brasileiro de transplantes**, Fortaleza: ABTO,2003. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/populacao/populacao.asp#>> acesso em 26 nov. 2006.

SANTA CATARINA, Hospitais Cadastrados para atendimento de neurocirurgia, Secretaria do Estado da Saúde: Florianópolis, 2007. Disponível em <<http://www.saude.sc.gov.br/>> acessado em 10 jun. 2007.

9 ANEXOS

ANEXO 1

**PARECER CONSUBSTANCIADO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM
PRESQUISA DA UNIVALI**



UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

**PARECER CONSUBSTANCIADO
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVALI**

Título do Projeto: Avaliação do desempenho do sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante no estado de Santa Catarina.	
Orientadores: Professores Antônio Carlos Marasciulo e Silvana Nair Leite	
Pesquisador: Jaci Simão Boing	
Data do Parecer: 26/10/2007	Cadastro: 563/07
Grupo e Área Temática: III. Projeto fora das Áreas Temáticas Especiais	

Objetivos do Projeto

Avaliar o desempenho do sistema de captação de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina.

Resumo do Projeto

A partir da década de 1980, o transplante de órgãos deixou de ter caráter experimental e passou a ser importante opção terapêutica para pacientes portadores de doenças orgânicas, nos quais o tratamento convencional não foi eficaz. Entretanto, a carência de doadores de órgãos é ainda um grande obstáculo para a efetivação de transplantes no país. Esta dificuldade se dá por problemas de ordem cultural e médico-legal associados ao reconhecimento tardio e a abordagem inadequada do doador potencial de órgãos. Para garantir esta necessidade de atenção à saúde da população, e, considerando a necessidade de ampliar a captação de órgãos e tecidos para fins de transplante, o Ministério da Saúde aprovou a portaria 1.262/2006 que se refere ao regulamento técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgão e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Partindo dessas premissas, o estudo tem por objetivo avaliar o desempenho do sistema de captação de órgãos e tecidos para transplantes no Estado de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa avaliativa para a gestão. Serão utilizadas informações a partir de bases de dados, em cooperação com a Central de Notificação, e Distribuição de Órgãos do Estado de Santa Catarina (CNCDO/SC) e do Departamento de Regulação e Auditoria (DRA) do Estado de Santa Catarina. Pretende-se com a pesquisa, elaborar um diagnóstico situacional do sistema no Estado de Santa Catarina, e oferecer subsídios para a maximização da qualidade dos serviços de Transplante.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequado
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Outro (citar no comentário)
Outras instituições envolvidas	Não

Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura - ProPPEC

Rodovia SC 407 - km 04 - Bairro Sertão do Maruim - São José - SC - CEP 88122-000 - Telefone: (48) 3281 1547
www.univali.br

Gabinete do Pró-Reitor
Bloco 05 - Sala 101
Fone: (47) 3341 7557
Fax: (47) 3341 7601
e-mail: proppec@univali.br

Departamento de Pesquisa
Bloco 05 - Sala 102
Fones: (47) 3341 7532
(47) 3341 7578
e-mail: pesquisas@univali.br

Departamento de Extensão
e Cultura
Bloco 05 - Sala 103
Fones: (47) 3341 7758
(47) 3341 7580
Fone/Fax: (47) 3341 7533
e-mail: extensao@univali.br

Departamento de Pós-Graduação
Bloco 05 - Sala 105
Fone: (47) 3341 7534
Fone/Fax: (47) 3341 7652
e-mail: posgrad@univali.br

Núcleo de Estudos de Língua e
Literaturas Estrangeiras
Bloco 12 - 2º piso - sala 211
Fone: (47) 3341 7574
Fone/Fax: (47) 3341 7533
e-mail: nelle@univali.br

Editora
Bloco 08
Fone: (47) 3341 7845
e-mail: editora@univali.br



UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

Condições para realização	Adequadas
Comentários sobre os itens de Identificação	
Gerência de Transplantes - Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina - Florianópolis, SC.	

Introdução	Adequada
Comentários sobre a Introdução	

Objetivos	Adequados
Comentários sobre os Objetivos	

Pacientes e Métodos	Situação
Delineamento	Adequado
Tamanho da Amostra	Total 17 - Local Fpolis
Cálculo do tamanho da amostra	Não necessário (pesquisa q
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Critérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco-benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Quali-quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Não necessário
Adequação às Normas e Diretrizes	Não
Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos	

Cronograma	Adequado
Data de início prevista	Janeiro/07
Data de término prevista	Julho/08
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Não
Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento	

Referências Bibliográficas	Adequadas
Comentários sobre as Referências Bibliográficas	

Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura - PROPPEC
Rodovia SC 407 - km 04 - Bairro Sertão do Maruim - São José - SC - CEP 88122-000 - Telefone: (48) 3281 1547
www.univali.br

Gabinete do Pró-Reitor
Bloco 05 - Sala 101
Fone: (47) 3341 7557
Fax: (47) 3341 7601
e-mail: proppec@univali.br

Departamento de Pesquisa
Bloco 05 - Sala 102
Fones: (47) 3341 7532
(47) 3341 7578
e-mail: pesquisa@univali.br

Departamento de Extensão
e Cultura
Bloco 05 - Sala 103
Fones: (47) 3341 7758
(47) 3341 7580
Fone/Fax: (47) 3341 7533
e-mail: extensao@univali.br

Departamento de Pós-Graduação
Bloco 05 - Sala 105
Fone: (47) 3341 7534
Fone/Fax: (47) 3341 7652
e-mail: posgrad@univali.br

Núcleo de Estudos de Língua e
Literaturas Estrangeiras
Bloco 12 - 2º piso - sala 211
Fone: (47) 3341 7574
Fone/Fax: (47) 3341 7533
e-mail: nle@univali.br

Editora
Bloco 08
Fone: (47) 3341 7845
e-mail: editora@univali.br



UNIVALI
UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

Condições para realização	Adequadas
Comentários sobre os itens de Identificação	
Gerência de Transplantes - Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina - Florianópolis, SC.	

Introdução	Adequada
Comentários sobre a Introdução	

Objetivos	Adequados
Comentários sobre os Objetivos	

Pacientes e Métodos	Situação
Delimitação	Adequado
Tamanho da Amostra	Total 17 - Local Fpolis
Cálculo do tamanho da amostra	Não necessário (pesquisa q
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Critérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco-benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Quali-quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Não necessário
Adequação às Normas e Diretrizes	Não
Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos	

Cronograma	Adequado
Data de início prevista	Janeiro/07
Data de término prevista	Julho/08
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Não
Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento	

Referências Bibliográficas	Adequadas
Comentários sobre as Referências Bibliográficas	

Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura - ProPPEC
Rodovia SC 407 - km 04 - Bairro Sertão do Marum - São José - SC - CEP 88122-000 - Telefone: (48) 3281 1547
www.univali.br

Gabinete do Pró-Reitor
Bloco 05 - Sala 101
Fone: (47) 3341 7557
Fax: (47) 3341 7601
e-mail: proppec@univali.br

Departamento de Pesquisa
Bloco 05 - Sala 102
Fones: (47) 3341 7532
(47) 3341 7579
e-mail: pesquisa@univali.br

Departamento de Extensão
e Cultura
Bloco 05 - Sala 103
Fones: (47) 3341 7758
(47) 3341 7580
Fone/Fax: (47) 3341 7533
e-mail: extensao@univali.br

Departamento de Pós-Graduação
Bloco 05 - Sala 105
Fone: (47) 3341 7534
Fone/Fax: (47) 3341 7652
e-mail: posgrad@univali.br

Núcleo de Estudos de Língua e
Literaturas Estrangeiras
Bloco 12 - 2º piso - sala 211
Fone: (47) 3341 7574
Fone/Fax: (47) 3341 7533
e-mail: nle@univali.br

Editora
Bloco 08
Fone: (47) 3341 7645
e-mail: editora@univali.br

ANEXO 2

**PARECER CONSUBSTANCIADO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA
DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA**



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO
GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO DO SUS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

1 IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO		
Nº PROTOCOLO: 0014.1303-08		1º PARECER ()
		NOVO PARECER (X)
1.1 TÍTULO DO PROJETO:	Avaliação do desempenho do Sistema de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplante no estado de Santa Catarina	
1.2 PESQUISADOR RESPONSÁVEL:	Jaci Simão Boing	
1.3 INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL:	Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI	
1.4 CLASSIFICAÇÃO	Grupo I () Área Temática Especial _____ Grupo II () Grupo III (X)	
2 RESUMO (objetivos e método)		
<p>A partir da década de 1980, o transplante de órgãos deixou de ter caráter experimental e passou a ser importante opção terapêutica para pacientes portadores de doenças orgânicas, nos quais o tratamento convencional não foi eficaz. Entretanto, a carência de doadores de órgãos é ainda um grande obstáculo para a efetivação de transplantes no país. Esta dificuldade se dá por problemas de ordem cultural e médico-legal associados ao reconhecimento tardio e a abordagem inadequada do doador potencial de órgãos. Para garantir esta necessidade de atenção à saúde da população, e, considerando a necessidade de ampliar a captação de órgãos e tecidos para fins de transplante, o Ministério da Saúde aprovou a portaria 1.262/2006 que se refere ao regulamento técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgão e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Partindo dessas premissas, o estudo tem por objetivo avaliar o desempenho do sistema de captação de órgãos e tecidos para transplantes no Estado de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa avaliativa para a gestão. Serão utilizadas informações a partir de bases de dados, em cooperação com a Central de Notificação e Distribuição de Órgãos do Estado de Santa Catarina (CNCDO/SC) e do Departamento de Regulação e Auditoria (DRA) do Estado de Santa Catarina. Pretende-se com a pesquisa, elaborar um diagnóstico situacional do sistema no Estado de Santa Catarina, e oferecer subsídios para a maximização da qualidade dos serviços de Transplante.</p> <p>Palavras-chaves: 1: Transplante de Órgãos, 2: Avaliação de programas e projetos de saúde, 3: Epidemiologia</p>		

3 FOLHA DE ROSTO	
3.1 Análise quanto ao preenchimento	<input checked="" type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Ausente
3.2 Nome e dados do pesquisador responsável e assinatura	<input checked="" type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Ausente
3.3 Assinatura do responsável pela instituição	<input checked="" type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Ausente
4 PROTOCOLO	
4.1 Objetivos/Hipótese	<input checked="" type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Ausente
4.2 Justificativa	<input checked="" type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Ausente
4.3 Material e Método	<input checked="" type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Ausente
4.4 Universo da pesquisa (Caracterização da amostra, seleção e critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos)	<input checked="" type="checkbox"/> Adequados <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Ausente
4.5 Grupos vulneráveis (Justificativa para uso deste grupo)	<input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica
4.6 Previsão de ressarcimento de gastos aos sujeitos da pesquisa	<input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica
4.6 Obtenção dos dados (método e instrumento de coleta)	<input checked="" type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Ausente
4.7 Forma de armazenamento e avaliação dos dados (confiabilidade)	<input checked="" type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não se aplica
4.8 Análise crítica de riscos e benefícios	<input type="checkbox"/> Adequada <input checked="" type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não se aplica O autor do projeto aponta as possibilidades de “compreender, refutar ou fortalecer a análise do desempenho do Sistema de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplante” em SC, o que favorecerá, em qualquer caso o desenvolvimento do processo em estudo, não implicando em riscos.
4.9 Medidas de proteção ou minimização de riscos	<input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica
4.10 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa	<input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Não previsto <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica

4.11 Cronograma (tempo de duração do estudo)	<input checked="" type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Ausente
4.12 Orçamento	<input checked="" type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Não previsto
5 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
5.1 Informações ao sujeito da pesquisa	<input type="checkbox"/> Adequadas <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica
5.2 Linguagem do TCLE	<input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica
5.3 Acompanhamento assistencial	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica
6 TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGENS/GRAVAÇÕES	
6.1 Linguagem e sigilo	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Comentário <input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica

7 PARECER DO RELATOR:

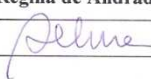
O projeto trata de tema de extrema importância, sendo que a análise a ser desenvolvida, ao tratar-se de uma avaliação, pode ser perfeitamente apropriada pela gestão do serviço em questão, no mínimo, para reflexão. O projeto está claro no que diz respeito à metodologia e objetivos, e bem fundamentado. Sua importância é indiscutível. Cumpre, de modo geral, os requisitos.

8 CONCLUSÃO DO PARECER:

- APROVADO
 COM PENDÊNCIA
 NÃO APROVADO
 APROVADO E ENCAMINHADO À CONEP
 RETIRADO

9 APRESENTAR RELATÓRIO

TRIMESTRAL SEMESTRAL ANUAL FINAL

DATA:	Florianópolis, 04 de abril de 2008
COORDENADORA:	Selma Regina de Andrade
ASSINATURA:	

10 APÊNDICES

APÊNDICE 01

Autorização para realização da Pesquisa pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina



ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação
Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina.
Rua Esteves Júnior, 390 – 3º andar – Centro – Florianópolis – SC – 88.015-530
Telefone: 3212-1617 / Fax: 3212-1605 / E-mail: cncdosc@saude.sc.gov.br
<http://sctransplantes.saude.sc.gov.br>

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE ARQUIVOS REGISTROS E SIMILARES

Eu, Sr Roberto E. Hess de Souza, Superintendente de Serviços Especializados e Regulação e responsável pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos para Transplante do Estado de Santa Catarina, autorizo o uso dos Registros de notificação de potenciais doadores, sob minha responsabilidade, para o alcance dos objetivos propostos na pesquisa intitulada **"AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE NO ESTADO DE SANTA CATARINA"** sob coordenação do Sr. Jaci Simão Boing nas dependências da CNCDO/SC.

Florianópolis, 05 de março de 2008

Roberto E. Hess de Souza
Superintendente de Serviços Especializados e Regulação - SES
Matrícula 288.907-946
CPF 881.067.085-10 / CRM 5446

Roberto E. Hess de Souza (Assinatura e Carimbo)
Superintendente de Serviços Especializados e Regulação



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Eu, Senhora Maria Teresa Rogério Locks, Diretora de Planejamento, Controle e Avaliação da SES/SC, declaro estar ciente do conteúdo e dos procedimentos associados à pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE NO ESTADO DE SANTA CATARINA** sob responsabilidade do Sr Jaci Simão Boing, nas dependências da Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação, e que autorizei a sua realização nesta data.

Florianópolis, 05 de março de 2008

Maria Teresa Locks
Diretora de Planejamento,
Controle e Avaliação

Maria Teresa Rogério Locks (Assinatura e Carimbo)

Diretora de Planejamento, Controle e Avaliação



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE ARQUIVOS REGISTROS E
SÍMILARES**

Eu, Senhora Maria Teresa Rogério Locks, Diretora de Planejamento, Controle e Avaliação da SES/SC, autorizo o uso dos Bancos de Dados sob minha responsabilidade, para o alcance dos objetivos propostos na pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE NO ESTADO DE SANTA CATARINA”** sob coordenação do Senhor Jaci Simão Boing nas dependências da Diretora de Planejamento, Controle e Avaliação.

Florianópolis, 05 de março de 2008

Maria Teresa Locks
Diretora de Planejamento,
Controle e Avaliação

Maria Teresa Rogério Locks (Assinatura e Carimbo)
Diretora de Planejamento, Controle e Avaliação



ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação
Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina.
Rua Esteves Júnior, 390 – 3º andar – Centro – Florianópolis – SC – 88.015-530
Telefone: 3212-1617 / Fax: 3212-1605 / E-mail: cncdosc@saude.sc.gov.br
<http://sctransplantes.saude.sc.gov.br>

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Eu, Sr Roberto E. Hess de Souza, Superintendente de Serviços Especializados e Regulação e responsável pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos do Estado de Santa Catarina (CNCDO/SC), declaro estar ciente do conteúdo e dos procedimentos associados à pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE NO ESTADO DE SANTA CATARINA** sob responsabilidade do Sr Jaci Simão Boing, nas dependências da CNCDO/SC, e que autorizei a sua realização nesta data.

Florianópolis, 05 de março de 2008

Roberto E. Hess de Souza
Superintendente de S
Especializados e Regulação - SES
Matrícula 288.604-3/2
CPF 551.057.009-10 / CRM 5446

Roberto E. Hess de Souza (Assinatura e Carimbo)
Superintendente de Serviços Especializados e Regulação

APÊNDICE 03

RESULTADOS OBTIDOS NESTE ESTUDO

Tabela 10: Distribuição das causas de insucessos para captação de órgãos e tecidos nos casos notificados como potencial doador vítima de ME no Estado de Santa Catarina por hospital.

HOSPITAL	CIM	IDADE	ME-NC	NAF	OUTROS	PCR	SOROLO.	TEMPO	TOTAL
CARIDADE	0	0	1	0	0	2	0	0	3
CHUNIMED	0	0	0	2	0	2	0	0	4
HCORACAO	0	0	0	0	1	0	0	0	1
HDHELENA	2	0	0	2	0	1	0	0	5
HFPOLIS	0	0	0	1	0	0	0	0	1
HGCRAMOS	0	0	4	13	0	9	0	0	26
HHAORTIZ	0	0	0	3	0	1	0	0	4
HIJGUSMA	0	0	2	3	0	0	0	0	5
HMMKB	0	0	3	16	0	4	0	0	23
HMSJOSE	1	0	1	15	0	5	0	0	22
HNRAMOS	0	0	0	0	0	1	0	0	1
HNSCONCE	0	0	1	0	0	1	1	0	3
HRAVALAE	0	0	0	6	0	2	0	0	8
HRJOINVIL	3	0	1	2	0	3	2	0	11
HROESTE	0	0	7	5	1	10	0	0	23
HSINES	0	0	0	1	0	0	0	0	1
HSIBABEL	2	1	1	14	0	2	0	0	20
HSJCRICI	1	0	2	6	0	3	0	0	12
HSTEREZI	0	0	0	0	0	1	0	0	1
HUFPOLIS	0	0	0	0	0	0	0	1	1
HUPANJO	0	0	0	2	0	0	0	0	2
ICARDIO	0	0	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	9	1	25	92	2	48	3	1	181
%	4,98	0,55	13,81	50,83	1,10	26,52	1,66	0,55	100

Tabela 11: Distribuição das causas de insucessos de captação de córneas dos casos notificados como potenciais doadores de órgãos e tecidos vítimas de ME que doaram órgãos sólidos no Estado de Santa Catarina por hospital.

<i>HOSPITAL</i>	<i>CIM</i>	<i>NAF</i>	<i>OUTROS</i>	<i>SOROLOGIA</i>	<i>TOTAL</i>
HDHELENA	1	0	0	0	1
HGCRAMOS	0	1	0	5	6
HMMKB	0	1	0	2	3
HMSJOSE	0	0	4	3	7
HNSCONCE	0	0	0	1	1
HRAVALE	0	3	1	0	4
HRJOINVIL	0	0	0	2	2
HROESTE	0	1	1	0	2
HRSJOSE	0	0	0	1	1
HSINES	0	1	0	0	1
HSISABEL	0	1	0	3	4
HSJCRICI	0	1	0	1	2
HSTEREZI	0	0	0	1	1
HUFPOLIS	1	0	0	0	1
TOTAL	2	9	6	19	36
%	5,55	25,0	16,67	52,78	100,0

Tabela 12: Distribuição das causas de insucessos de captação de órgãos sólidos dos casos notificados como potenciais doadores de órgãos e tecidos vítimas de ME, que doaram córneas no Estado de Santa Catarina por hospital

<i>HOSPITAL</i>	<i>ME-NC</i>	<i>NAF</i>	<i>OUTROS</i>	<i>PCR</i>	<i>TOTAL</i>
CARIDADE	0	0	1	1	2
CHUNIMED	0	0	0	1	1
HGCRAMOS	0	0	0	1	1
HMMKB	2	0	1	0	3
HMSJOSE	1	0	1	0	2
HNSCONCE	0	0	0	1	1
HSISABEL	0	0	0	2	2
HSTEREZINHA	0	0	0	1	1
TOTAL	3	1	3	7	14
%	21,43	7,14	21,43	50,0	100,0

Quadro 07: Caracterização administrativa dos hospitais notificadores de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina.

CODIGO	CIDADE	TIPO	ESF. ADM	GESTÃO	NAT.
CHUNIMED	JOINVILLE	HG	PRIV.	MUN.	COOP.
CEPON	FLORIANOPOLIS	HESP	PRIV.	EST.	F. PRIV.
FHCURITIBANOS	CURITIBANOS	HG	PRIV.	EST.	BSFL
CARIDADE	FLORIANOPOLIS	HG	PRIV.	EST.	BSFL
HCORACAO	BAL CAMBORIU	HG	PRIV.	MUN.	PRIV.
HDHELENA	JOINVILLE	HG	PRIV.	MUN.	BSFL
HMMKB	ITAJAI	HG	PRIV.	MUN.	BSFL
HFPOLIS	FLORIANOPOLIS	HG	EST.	DUPLA	PUB.
HGCR	FLORIANOPOLIS	HG	EST.	EST.	PUB.
HIJG	FLORIANOPOLIS	HG	EST.	DUPLA	PUB.
HMIJAFARIAS	JOINVILLE	HESP	MUN.	DUPLA	PUB.
HMSJOSE	JOINVILLE	HG	MUN.	MUN.	PUB.
HNRAMOS	FLORIANOPOLIS	HG	EST.	EST.	PUB.
HNSCONCEICAO	TUBARAO	HG	PRIV.	DUP.	BSFL
HRAV	RIO DO SUL	HG	PRIV.	MUN.	BSFL
HRJOINVILLE	JOINVILLE	HG	EST.	EST.	PUB.
HROESTE	CHAPECO	HG	PRIV.	MUN.	BSFL
HRSJOSE	SÃO JOSE	HG	EST.	EST.	PUB.
HSINES	BAL CAMBORIU	HG	PRIV.	MUN.	F.PRIV.
HSISABEL	BLUMENAU	HG	PRIV.	MUN.	BSFL
HSJBATISTA	CRICIUMA	HESP	PRIV.	MUN.	PRIV.
HSJCRICIUMA	CRICIUMA	HG	PRIV.	MUN.	BSFL
HUFPOLIS	FLORIANOPOLIS	HG	FED.	DUPLA	AUTAR.
HUPA	ITAJAI	HESP	PRIV.	MUN.	PRIV.
HSTEREZINHA	JOACABA	HG	PRIV.	DUPLA	BSFL
ICARDIO	SÃO JOSE	HESP	ES.	DUPLA	PUB.

Fonte: CNES

Quadro 08: Caracterização da estrutura dos hospitais notificadores de potencial doador de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina.

CODIGO	LEITOS	UTI	TC	VM	EEG
CHUNIMED	134	8	1	6	0
CEPON	239	14	1	10	1
FHCURITIBANOS	139	8	1	12	0
CARIDADE	237	28	0	11	0
HCORACAO	39	6	0	5	0
HDHELENA	113	13	1	11	2
HMMKB	310	42	1	32	2
HFPOLIS	90	5	0	4	0
HGCR	219	12	2	10	2
HIJG	161	13	1	21	2
HMIJAFARIAS	-	-	-	-	-
HMSJOSE	225	19	0	44	0
HNRAMOS	136	5	0	5	0
HNSCONCEICAO	388	30	1	22	1
HRAV	207	19	1	10	0
HRJOINVILLE	254	11	1	26	0
HROESTE	297	22	1	19	0
HRSJOSE	301	17	1	9	1
HSINES	145	9	1	11	0
HSISABEL	264	28	1	12	1
HSJBATISTA	38	7	1	7	1
HSJCRICIUMA	278	10	1	12	2
HUFPOLIS	270	13	0	13	1
HUPA	92	8	0	8	0
HSTEREZINHA	110	8	1	8	0
ICARDIO	96	96	1	18	0

Fonte: CNES

Quadro 09: Caracterização dos hospitais notificadores de potencial doador de órgãos e tecidos para transplante no Estado de Santa Catarina de acordo com estratégia definida pelo Plano Estadual de Transplantes e o credenciamento junto a CNCDO/SC.

CODIGO	ESTRATEGIA	BUSCA ATIVA	TRANSPLANTES
CHUNIMED	NÃO	NÃO	NÃO
CEPON	NÃO	NÃO	SIM
FHCURITIBANOS	NÃO	SIM	NÃO
CARIDADE	SIM	SIM	SIM
HCORACAO	NÃO	NÃO	NÃO
HDHELENA	NÃO	SIM	SIM
HMMKB	SIM	SIM	NÃO
HFPOLIS	NÃO	SIM	NÃO
HGCR	SIM	SIM	SIM
HIJG	SIM	SIM	SIM
HMIJAFARIAS	NÃO	NÃO	NÃO
HMSJOSE	SIM	SIM	SIM
HNRAMOS	NÃO	NÃO	NÃO
HNSCONCEICAO	SIM	SIM	NÃO
HRAV	SIM	SIM	NÃO
HRJOINVILLE	NÃO	SIM	SIM
HROESTE	SIM	SIM	SIM
HRSJOSE	NÃO	SIM	SIM
HSINES	SIM	NÃO	NÃO
HSISABEL	SIM	SIM	SIM
HSJBATISTA	NÃO	SIM	NÃO
HSJCRICIUMA	SIM	SIM	SIM
HUFPOLIS	NÃO	NÃO	NÃO
HUPA	NÃO	NÃO	NÃO
HSTEREZINHA	SIM	SIM	SIM
ICARDIO	NÃO	SIM	SIM

Fonte:Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina e CNCDO/SC.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)